



Universidad
Finis Terrae

UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
FACULTAD DE MEDICINA

**EXPERIENCIAS DE LOS ESTUDIANTES DE KINESIOLOGÍA EN LA
ATENCIÓN DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA DURANTE SU
INTERNADO PROFESIONAL EN EL AÑO 2025**

CRISTIAN OMAR GÁLVEZ RODRÍGUEZ

Tesina presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Finis Terrae para
optar al grado de Magíster en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud

Profesor Guía: Abdul Hernández C

Santiago, Chile

2026

DEDICATORIA, AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer, en primer lugar, a mi tutor, por su disposición constante a apoyar este proceso y por la dedicación con la que acompañó cada etapa del trabajo. Valoro especialmente su mirada crítica y sus observaciones oportunas, siempre planteadas desde la crítica constructiva, que permitieron fortalecer el manuscrito, mejorar su coherencia y elevar el nivel del análisis. Su guía fue clave para orientar decisiones metodológicas, ordenar ideas y sostener un estándar académico más exigente.

Agradezco también a mis compañeros y compañeras del Magíster, por el compañerismo, el apoyo mutuo y la generosidad para compartir experiencias, dudas y aprendizajes a lo largo de este extenso recorrido. Las conversaciones, el trabajo colaborativo y el intercambio de perspectivas enriquecieron mi formación y dieron sentido humano a un proceso que, muchas veces, puede sentirse solitario. Finalmente, agradezco profundamente a mi familia, por su acompañamiento permanente, por la paciencia frente a las horas dedicadas al estudio y la escritura, y por el apoyo emocional que hizo posible sostener el ritmo de este desafío. Su presencia, confianza y cariño fueron un soporte fundamental para perseverar y llegar hasta el cierre de esta etapa.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	8
ABSTRACT	9
GLOSARIO Y ABREVIATURAS	10
INTRODUCCIÓN	20
CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	24
1.1 Antecedentes del problema.....	24
1.2 Pregunta de investigación	30
1.3 Objetivos del estudio	30
1.3.1 Objetivo general.....	30
1.3.2 Objetivos específicos	30
1.4 Relevancia de la investigación	30
1.4.1 Contribución al conocimiento en formación clínica	31
1.4.2 Pertinencia epistemológica y metodológica	31
1.4.3 Implicancias formativas y pedagógicas.....	32
1.4.4 Valor pedagógico y curricular.....	33
1.4.5 Impacto en la formación ética y profesional	33
1.4.6 Relevancia institucional y social.....	34
CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL Y MARCO FILOSÓFICO	36
2.1 Investigaciones cualitativas realizadas en el contexto de estudio	36
2.1.1 Experiencias clínicas de estudiantes de kinesiología.....	36
2.1.2 Formación clínica e identidad profesional	37
2.1.3 Supervisión y entorno de aprendizaje clínico.....	38
2.1.4 Importancia de la atención de personas con fibromialgia desde modelos clínicos más inclusivos sustentados en evidencia cualitativa	39
2.2 Características de la malla curricular en la que se desenvuelven los estudiantes durante su internado profesional.....	41
2.2.1 Rol del estudiante en el internado clínico.....	41
2.2.2 Desarrollo de identidad profesional.....	42

2.2.3	Transición del rol de estudiante a profesional	43
2.2.4	Expectativas y percepciones sobre la práctica clínica	44
2.2.5	Características del aprendizaje en escenarios reales	46
2.2.6	Tutoría clínica y su influencia en la experiencia	47
2.3	Atención de pacientes con fibromialgia (situación específica del fenómeno)	48
2.3.1	Complejidad de la fibromialgia	48
2.3.2	Interacciones clínicas con pacientes con fibromialgia.....	50
2.3.3	Dificultades percibidas por los estudiantes	51
2.3.4	Barreras y facilitadores en el proceso de atención a personas con fibromialgia	52
2.4	Marco filosófico y posicionamiento epistemológico	54
2.4.1	Enfoque epistemológico: interpretación y construcción de significados	54
2.4.2	Perspectiva fenomenológica: comprender las experiencias vividas	54
2.4.3	Perspectiva socioconstruccionista influencia de los discursos y jerarquías	56
2.4.4	Ética del cuidado: sensibilidad y compromiso en la formación clínica.....	56
2.4.5	Construcción identitaria y aprendizaje situado en el internado	57
2.4.6	Síntesis integradora del posicionamiento.....	57
CAPÍTULO 3:	MARCO METODOLÓGICO	60
3.1	Enfoque metodológico y diseño del estudio	60
3.2	Rol del investigador	60
3.3	Participantes	60
3.4	Acceso a los participantes y contexto del estudio	62
3.5	Instrumento de recolección de datos	62
3.6	Análisis de datos	64
3.6.1	Manejo de datos.....	64
3.6.2	Recuperación y transcripción	65

3.6.3 Lectura intensiva y extracción de unidades de significado.....	65
3.6.4 Reducción y reformulación de datos (Hansen, 2006)	65
3.6.5 Agrupación temática y formulación de estructuras.....	66
3.6.6 Validación con participantes (member checking)	66
3.6.7 Construcción de la narrativa comprensiva y ética	67
3.6.8 Elementos de rigor tenidos en cuenta en la investigación	67
3.6.9 Reflexividad y trazabilidad del investigador	68
3.6.10 Confidencialidad y manejo de datos	68
3.7 Consentimiento informado y resguardo ético	69
3.7.1 Riesgos y beneficios	70
3.8 Apoyo emocional y resguardo del bienestar	72
3.9 Viabilidad del estudio	73
CAPITULO 4: RESULTADOS	74
CAPITULO 5: DISCUSIÓN.....	93
5.1 Discusión de los resultados en el contexto de la evidencia	93
5.1.1 Categoría 1: El dolor como experiencia compleja en la atención de pacientes con fibromialgia.....	94
5.1.2 Categoría 2: Emociones existenciales en la vivencia.....	94
5.1.3 Categoría 3: Demandas formativas percibidas en el abordaje del dolor persistente.....	95
5.1.4 Categoría 4: Toma de decisiones emergentes y adaptabilidad clínica.....	97
5.1.5 Categoría 5: Experiencia del vínculo terapéutico como centro del rol clínico	99
5.1.6 Categoría 6: Emergencia de la identidad clínica a través de la experiencia vivida.....	101
5.2 Implicancias clínicas y educativas	102
5.3 Limitaciones y líneas futuras	103
CONCLUSIONES	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
ANEXOS.....	119

Anexo I. Categorías axiales, subcategorías y códigos emergentes del análisis fenomenológico.....	119
Anexo II. Pauta de la entrevista semiestructurada	124
Anexo III. Carta de respaldo del director de investigación	128
Anexo IV. Pauta de diario reflexivo del investigador	129
Anexo V. Consentimiento informado.....	132
Anexo VI. Carta de invitación a estudiantes.....	142
Anexo VII. Afiche informativo del proyecto.....	144
Anexo VIII. Acta de resolución nuevo estudio Comité Ético Científico Universidad Finis Terrae	145
Anexo IX. Resolución Comité Ético-Científico proyecto de investigación Universidad De Las Américas.....	148
Anexo X. Carta de aprobación del tutor de tesis.....	151
Anexo XI. Carta de apoyo del director académico del campus la florida de Universidad de las Américas.....	152
Anexo XII. Carta de apoyo del director de escuela de kinesiología de Universidad de las Américas.....	156
Anexo XIII. Certificado de validación de instrumento	160
Anexo XIV. Carta Gantt del estudio	162
Anexo XV. Estrategia de búsqueda	163

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de los participantes del estudio	74
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa conceptual de la articulación entre formación clínica, contexto y fibromialgia.....	58
Figura 2. Estructura fenomenológica de la experiencia vivida por estudiantes de Kinesiología en la atención de personas con fibromialgia.....	75

RESUMEN

Antecedentes: La atención de personas con fibromialgia durante el internado profesional representa un desafío clínico y formativo para estudiantes de Kinesiología, debido a la variabilidad del dolor persistente y su impacto funcional y psicosocial. Aunque existe evidencia sobre incertidumbre y barreras comunicacionales en profesionales, estas experiencias han sido menos exploradas en estudiantes.

Objetivo: comprender las experiencias de estudiantes de Kinesiología al atender a personas con fibromialgia durante su internado profesional en 2025.

Método: Estudio cualitativo fenomenológico descriptivo, analizado mediante el método de Colaizzi. Los datos se obtuvieron a través de entrevistas semiestructuradas individuales, transcritas, anonimizadas y examinadas con resguardo ético y criterios de rigor.

Resultados: Emergieron seis núcleos temáticos vinculados al dolor como experiencia compleja, emociones presentes en la vivencia formativa, demandas formativas en dolor persistente, adaptabilidad clínica, vínculo terapéutico e identidad clínica en desarrollo.

Conclusión: La atención de personas con fibromialgia en el internado constituye una experiencia de alta complejidad que moviliza competencias clínicas, comunicacionales y éticas, y orienta el fortalecimiento de la tutoría clínica y del currículo en dolor persistente.

Palabras clave: Preceptoría, Estudiantes del Área de la Salud, Prácticas Clínicas, Fibromialgia, Investigación Cualitativa.

ABSTRACT

Background: Caring for people with fibromyalgia during professional internship represents a clinical and educational challenge for Kinesiology students, due to the variability of persistent pain and its functional and psychosocial impact. Although evidence exists regarding uncertainty and communication barriers among professionals, these experiences have been less explored in students.

Objective: To understand the experiences of Kinesiology students when caring for people with fibromyalgia during their professional internship in 2025.

Methods: A descriptive phenomenological qualitative study, analyzed using Colaizzi's method. Data were obtained through individual semi-structured interviews, transcribed, anonymized, and examined with ethical safeguards and rigor criteria.

Results: Six thematic cores emerged, related to pain as a complex experience, emotions present in the educational experience, perceived educational demands in persistent pain management, clinical adaptability, the therapeutic relationship, and the development of clinical identity.

Conclusion: Caring for people with fibromyalgia during internship constitutes a highly complex experience that mobilizes clinical, communicative, and ethical competencies, and highlights the need to strengthen clinical supervision and the curriculum in persistent pain.

Keywords: Preceptorship, Students Health Occupations, Clinical Clerkship; Fibromyalgia, Qualitative Research.

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

ABREVIATURAS

ACR: *American College of Rheumatology* (Colegio Americano de Reumatología)

AVD: Actividades de la Vida Diaria

CAPSI: Centro de Apoyo Psicológico Institucional (según tu redacción)

CARE: *Consultation and Relational Empathy* (Escala CARE)

CEC-UFT: Comité Ético-Científico – Universidad Finis Terrae

CEC-UDLA: Comité Ético-Científico – Universidad de Las Américas

CINAHL: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

COVID-19: Enfermedad por coronavirus 2019

FM: Fibromialgia

HIIT: *High-Intensity Interval Training* (Entrenamiento interválico de alta intensidad)

ID: Identificador (p. ej., ID Protocolo / ID Proyecto)

MEDLINE: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

PsycINFO: Base de datos PsycINFO (APA)

UDLA: Universidad de Las Américas

UFT: Universidad Finis Terrae

VAS: *Visual Analogue Scale* (Escala Visual Análoga)

Web of Science: Base de datos Web of Science

GLOSARIO

Abordaje biopsicosocial: Enfoque que integra dimensiones biológicas, psicológicas y sociales para comprender y tratar condiciones complejas como el dolor persistente.

Acceso (a participantes): Procedimiento institucional y logístico para contactar y reclutar participantes, cuidando independencia del investigador y voluntariedad.

Acompañamiento clínico: Apoyo brindado por tutor/es y equipo clínico al estudiante durante el internado (orientación, supervisión, retroalimentación y contención).

Actividad de la vida diaria (AVD): Tareas cotidianas básicas e instrumentales (vestirse, cocinar, autocuidado) que pueden verse limitadas por dolor persistente.

Adherencia (al tratamiento): Grado en que la persona mantiene la asistencia y cumple acuerdos terapéuticos (ejercicio, educación, automanejo).

Afecto / Modulación afectiva del dolor: Influencia del estado emocional (ánimo, estrés, preocupación) sobre la experiencia del dolor y su variabilidad.

Alianza terapéutica / Vínculo terapéutico: Proceso relacional dinámico entre paciente y terapeuta sustentado en confianza, colaboración, comunicación y acuerdos sobre metas/tareas.

Alfabetización en salud: Capacidad de comprender y usar información de salud; condiciona la comunicación clínica y la necesidad de ajustar lenguaje.

Ambigüedad diagnóstica: Incertidumbre en el diagnóstico por ausencia de marcadores objetivos, favoreciendo tensiones clínicas y relacionales.

Anonimato irreversible: Estrategia de resguardo donde la identidad del participante no puede ser reconstruida desde los datos publicados.

Análisis de Colaizzi: Procedimiento fenomenológico con etapas de lectura, extracción de unidades de significado, formulación de significados, agrupación temática y validación con participantes.

Análisis temático (reflexivo/inductivo): Estrategia cualitativa para identificar patrones/temas desde el corpus, sin imponer categorías previas.

Aprendizaje situado: Aprendizaje que se construye en la práctica real, influido por contexto, relaciones y demandas del entorno clínico.

Atención centrada en la persona: Enfoque que reconoce al paciente como sujeto activo, incorpora su contexto y favorece decisiones compartidas y personalización.

Audit trail (registro de auditoría): Documentación sistemática de decisiones metodológicas/analíticas para dar trazabilidad y transparencia.

Autocompasión: Actitud de amabilidad hacia uno mismo ante el sufrimiento; se propone como factor protector de malestar psicológico.

Autoeficacia (funcional): Creencia de la persona en su capacidad para funcionar/participar pese a síntomas (clave para automanejo).

Autogestión / Automanejo: Estrategias que la persona utiliza para manejar su condición (actividad, regulación emocional, hábitos, reinterpretación del dolor).

Autorregulación: Capacidad de ajustar conductas/actividad según respuesta corporal y emocional (útil en dolor persistente y ejercicio).

Barreras (en atención): Obstáculos estructurales/institucionales/actitudinales que dificultan acceso, continuidad o calidad del cuidado (p. ej., estigma, falta de recursos).

Beneficencia / No maleficencia: Principios éticos orientados a maximizar beneficios y minimizar riesgos (en tu tesis, riesgo emocional leve).

Bitácora analítica: Registro de decisiones, cambios y reflexiones durante codificación/categorización para asegurar rigor.

Carga biopsicosocial: Impacto combinado biológico, psicológico y social asociado a la condición (dolor, fatiga, sueño, ansiedad/depresión, roles familiares).

Carga emocional (del encuentro clínico): Exigencia afectiva del estudiante/terapeuta al sostener sufrimiento ajeno e incertidumbre clínica.

Categoría axial: Categoría central que organiza subcategorías y da estructura interpretativa al fenómeno (tu estudio reporta 6).

Catastrofización (del dolor): Patrón de pensamiento/emoción que magnifica amenaza del dolor y se asocia a mayor malestar.

Centro clínico (campo clínico): Escenario asistencial donde ocurre el internado; su cultura, recursos y organización influyen en aprendizaje.

Cohesión grupal: Sentido de pertenencia/apoyo entre participantes en programas grupales; favorece cambios y automanejo.

Co-construcción (del proceso terapéutico): Construcción conjunta de metas/decisiones/plan entre paciente y terapeuta.

Codificación abierta: Fase analítica inicial donde se asignan códigos a fragmentos para luego agrupar en temas/categorías.

Código (cualitativo): Etiqueta breve que sintetiza un significado esencial de una unidad del texto.

Colaboración interprofesional: Coordinación entre profesionales (kinesiología, psicología, nutrición, etc.) para sostener continuidad del cuidado.

Confidencialidad: Protección de información identificable; incluye almacenamiento seguro, separación de tabla identidad–seudónimo y reporte agregado.

Conflicto de interés (potencial): Riesgo de influencia por rol dual (investigador-tutor); se mitiga excluyendo estudiantes supervisados/evaluados por el investigador.

Consentimiento informado: Documento y proceso que explicita objetivos, procedimientos, riesgos/beneficios, voluntariedad y derecho a retirarse.

Constructivismo / Interpretativo-constructivista: Paradigma que sostiene que la realidad se construye por significados en contextos sociales; orienta tu marco filosófico.

Continuidad del cuidado: Sostenimiento del proceso terapéutico en el tiempo, afectado por crisis, acceso, coordinación y relación terapéutica.

Coerción (percibida): Sensación de obligación a participar por relaciones de poder; se mitiga con reclutamiento mediado y ausencia de vínculo evaluativo.

Credibilidad: Criterio de rigor cualitativo asociado a consistencia y fidelidad interpretativa (apoyado por member checking y trazabilidad).

Criterios de exclusión: Condiciones que impiden participar (p. ej., haber sido supervisado/evaluado por el investigador; estar cursando el internado).

Criterios de inclusión: Condiciones necesarias para participar (p. ej., haber atendido fibromialgia en 2025; haber finalizado internado).

Criterios éticos de Emanuel, Wendler y Grady: Marco de 8 requisitos (valor social, validez, selección equitativa, etc.) adaptados a tu estudio.

Debriefing: Espacio estructurado posterior a situaciones clínicas para procesar decisiones, emociones y aprendizajes.

Dependabilidad: Criterio de rigor vinculado a consistencia del proceso analítico; se fortalece con audit trail y documentación.

Descripción densa: Presentación detallada de contexto/proceso para favorecer transferibilidad a escenarios comparables.

Deslegitimación: Negación o minimización del sufrimiento por falta de marcadores biomédicos; se asocia a negligencia institucional y estigma.

Diario reflexivo del investigador: Registro de percepciones, emociones y posibles sesgos durante recolección/análisis (reflexividad).

Diseño fenomenológico descriptivo: Enfoque cualitativo orientado a describir la esencia de la experiencia vivida (en tu tesis, con Colaizzi).

Dolor crónico generalizado: Dolor persistente en múltiples regiones corporales; base clínica del fenómeno en fibromialgia.

Dolor nociplástico: Dolor asociado a alteración del procesamiento nociceptivo sin evidencia clara de lesión tisular o neuropática suficiente.

Dosificación (intervención/ejercicio): Ajuste de intensidad, volumen, frecuencia y progresión según respuesta, tolerancia y objetivos.

Educación en dolor / Educación en neurociencias del dolor: Intervención educativa para reconceptualizar dolor, reducir miedo y favorecer afrontamiento/automanejo.

Empatía clínica: Capacidad de comprender y responder al sufrimiento del paciente; puede verse afectada por sesgos ante síntomas “no visibles”.

Entorno de aprendizaje clínico: Condiciones organizacionales, recursos, cultura y relaciones que facilitan o limitan aprendizaje en campo clínico.

Episodio crítico / Exacerbación de síntomas: Aumento intenso y transitorio de síntomas que desorganiza planificación y reorienta la sesión hacia contención/seguridad.

Equidad (en exposición clínica): Acceso justo a oportunidades de aprendizaje (p. ej., atender casos complejos); puede variar entre centros.

Ética del cuidado: Perspectiva relacional que reconoce vulnerabilidad del otro y promueve sensibilidad, respeto y acompañamiento más allá de lo técnico.

Fenomenología descriptiva: Tradición (husserliana) centrada en describir experiencia vivida desde la perspectiva del participante.

Fibromialgia (FM): Síndrome complejo con dolor crónico generalizado y síntomas asociados (fatiga, sueño, cognición, ánimo), sin biomarcadores específicos.

Formación clínica: Proceso formativo en escenarios reales donde se integra teoría y práctica y se desarrolla autonomía, juicio clínico e identidad profesional.

Frase original (cita textual): Segmento transcrito literalmente usado para sostener interpretación y resultados.

Habilidades comunicacionales: Conjunto de competencias para escuchar, validar, explicar y negociar en clínica; clave para sostener enfoque biopsicosocial.

Identidad profesional / Identidad clínica: Construcción dinámica del “ser profesional” que se moldea por experiencias, relaciones, reflexión y rol en el equipo.

Impredecibilidad / Variabilidad sintomática: Fluctuación de dolor/fatiga/ánimo entre sesiones que obliga a ajustar objetivos y plan en tiempo real.

Incertidumbre clínica: Situación de información incompleta o respuesta variable que tensiona decisiones y seguridad del estudiante.

Internado profesional: Etapa final práctica donde estudiantes asumen rol activo, con supervisión, mayor responsabilidad y exposición a casos reales.

Interacción clínica: Encuentro terapéutico donde se integran evaluación, comunicación, educación, ejercicio y contención.

Jerarquía biomédica: Organización del saber/decisión que privilegia objetivación y puede deslegitimar condiciones complejas.

Justicia (ética): Principio orientado a trato equitativo y acceso; aparece en dilemas éticos durante prácticas.

Legitimidad (de la condición): Reconocimiento de la fibromialgia como entidad clínica válida; su cuestionamiento afecta vínculo y calidad de atención.

Lectura holística: Lectura completa de transcripciones para comprender sentido global antes de extraer unidades.

Lectura situada (del paciente): Organización de la sesión desde lo que la persona “trae” ese día (dolor, fatiga, ánimo, contexto).

Member checking: Validación con participantes de interpretaciones/resúmenes para corroborar fidelidad del análisis.

Muestreo intencionado: Selección deliberada de participantes con experiencia relevante, buscando diversidad pertinente (género, centros, trayectorias).

Negligencia estructural: Forma de descuido sostenida por prácticas, discursos y arreglos institucionales que terminan desatendiendo necesidades de un grupo (p. ej., deslegitimación de fibromialgia).

Neuroinflamación: Proceso inflamatorio del sistema nervioso que puede contribuir a alteraciones del dolor; en fibromialgia se ha planteado como posible mecanismo.

Nocicepción: Procesamiento neural de estímulos potencialmente dañinos; no equivale necesariamente a dolor.

Objetivación (del sufrimiento): Tendencia a legitimar el dolor solo cuando hay signos/biomarcadores visibles o medibles; puede generar sesgo en fibromialgia.

Organización social del descuido: Concepto que describe cómo reglas, discursos y prácticas “normalizadas” reproducen desatención hacia ciertos pacientes.

Paradigma interpretativo-constructivista: Enfoque epistemológico que asume realidades múltiples construidas por significados en contexto; prioriza perspectivas de participantes.

Participación voluntaria: Principio ético que asegura decisión libre, sin coerción ni consecuencias académicas; en tu estudio se refuerza por ausencia de vínculo evaluativo.

Percepción de preparación: Juicio (del estudiante o tutor) sobre “estar listo”; influye en asignación de tareas y exposición a casos complejos.

Perspectiva socioconstruccionista: Mirada que analiza cómo discursos y relaciones de poder moldean significados, prácticas y roles profesionales.

Planificación flexible: Diseño de sesiones con márgenes explícitos para adaptar objetivos/dosificación ante variabilidad sintomática y contexto.

Polimorfismos genéticos: Variantes genéticas asociadas a mayor vulnerabilidad; en fibromialgia se han explorado algunos genes candidatos.

Prescripción de ejercicio: Indicación estructurada de actividad física (tipo, intensidad, frecuencia, duración) ajustada a tolerancia y metas funcionales.

Profesionalismo (en formación): Conjunto de valores y conductas (puntualidad, responsabilidad, documentación, trato) que se consolidan en el internado.

Proceso formativo: Trayectoria de aprendizaje clínico donde se integran conocimientos, habilidades y actitudes, mediada por supervisión y contexto.

Razonamiento clínico: Proceso de recoger información, formular hipótesis, decidir intervenciones y reevaluar; en dolor persistente exige tolerar incertidumbre.

Reducción de datos: Transformación del corpus (frases, unidades, códigos, temas) conservando sentido; en tu tesis lo complementas con orientaciones de manejo de datos.

Reformulación (de significado): Reescritura del contenido en lenguaje más claro manteniendo el sentido original para codificar e interpretar.

Reflexividad: Reconocimiento y registro de cómo la posición, historia y emociones del investigador pueden influir en el análisis.

Registro seguro / Encriptación: Medidas de protección de datos (contraseña, carpetas encriptadas, acceso restringido).

Relación tutor–estudiante: Vínculo pedagógico que modula autonomía, seguridad, asignación de tareas y calidad del aprendizaje.

Resguardo clínico: Decisiones orientadas a seguridad y contención cuando hay crisis, dolor elevado, miedo o descompensación.

Resonancia afectiva: Implicación emocional del estudiante ante el sufrimiento del paciente (empatía, tristeza, conmoción), con potencial formativo.

Rigor cualitativo: Conjunto de criterios y estrategias para asegurar calidad (credibilidad, transferibilidad, trazabilidad, reflexividad).

Rol clínico (del estudiante): Función asumida en atención real: evaluación, intervención, educación, comunicación y coordinación bajo supervisión.

Rol del investigador (inmersión parcial): Posición de cercanía suficiente para comprender el fenómeno, cuidando no confundir su vivencia con la del participante.

Rumiación: Patrón de pensamiento repetitivo centrado en malestar; se asocia a afectación emocional en dolor persistente.

Saturación (de datos): Punto donde nuevos datos ya no aportan significados relevantes adicionales; en fenomenología se prioriza profundidad sobre cantidad.

Seudonimización / Codificación alfanumérica: Sustitución de identidad por códigos (p. ej., INT-01-2025) para proteger anonimato.

Sesgo (del investigador): Influencia potencial de expectativas/experiencia previa en interpretación; se mitiga con reflexividad, audit trail y validación.

Sesgo de deseabilidad social: Tendencia a responder “lo socialmente esperado”, más probable si hay jerarquía; se mitiga con reclutamiento mediado y ausencia de vínculo evaluativo.

Síntesis temática: Integración de códigos en temas/categorías que representan dimensiones del fenómeno.

Síntoma “no visible”: Manifestación sin signos evidentes; puede reducir empatía/validación si se privilegia lo observable.

Subcategoría: Dimensión específica dentro de una categoría axial; en tu estudio reportas 26.

Supervisión graduada: Ajuste progresivo de tareas y supervisión según competencias observadas; favorece autonomía segura.

Tensión biomédica: Reaparición de explicaciones/decisiones centradas solo en lo biológico ante incertidumbre o dificultad relacional.

Tensiones éticas: Situaciones que desafían valores profesionales (autonomía, confidencialidad, justicia) durante prácticas.

Trazabilidad: Capacidad de seguir el camino desde cita textual, unidad de significado, código, subcategoría, categoría.

Transferibilidad: Posibilidad de aplicar hallazgos a contextos similares mediante descripción densa; no busca generalización estadística.

Transcripción verbatim: Transcripción literal incluyendo pausas/entonación relevante, preservando voz del participante.

Triangulación (potencial): Uso de múltiples fuentes/perspectivas (p. ej., pacientes, supervisores) para contrastar resultados; en tu tesis aparece como línea futura.

Tutoría clínica: Acompañamiento pedagógico en campo clínico para integrar teoría-práctica, dar feedback y sostener seguridad/ética.

Unidad de significado: Fragmento del texto relevante para la pregunta de investigación que captura un sentido esencial de la experiencia.

Validación del dolor: Reconocimiento explícito de la legitimidad del sufrimiento y su experiencia subjetiva; base de confianza terapéutica.

Variabilidad sintomática: Fluctuaciones de dolor, fatiga, sueño y ánimo entre sesiones; exige evaluación y dosificación flexible.

Vínculo evaluativo vigente: Relación activa de evaluación/supervisión; su ausencia reduce coerción y mejora voluntariedad.

Vulnerabilidad (del participante): Condición de posible desventaja por jerarquía académica; se mitiga con reclutamiento externo y resguardos éticos.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es un síndrome de dolor crónico generalizado de etiología compleja, cuyo abordaje clínico representa un desafío tanto para los profesionales como para los sistemas de salud. Su fisiopatología, aún en estudio, se relaciona con mecanismos de sensibilización central, disfunciones neuroendocrinas y alteraciones en la percepción del dolor, lo que contribuye a su difícil diagnóstico y tratamiento efectivo (Jurado-Priego et al., 2024). A nivel epidemiológico, afecta principalmente a mujeres y se asocia frecuentemente con comorbilidades como fatiga, trastornos del sueño, ansiedad y depresión, lo que incrementa su carga biopsicosocial y la necesidad de enfoques terapéuticos integrales. Esta situación se vio agravada durante la pandemia por COVID-19, la cual intensificó los síntomas principales e interrumpió intervenciones no farmacológicas esenciales, como el ejercicio o la educación en dolor, afectando negativamente la calidad de vida de las personas diagnosticadas (Giorgi et al., 2022).

Más allá de su complejidad clínica, la fibromialgia también es un fenómeno socialmente invisibilizado. Cupit, Finlay y Pope (2025) argumentan que las estructuras del sistema de salud tienden a deslegitimar la experiencia de las personas con fibromialgia, especialmente cuando no existen marcadores biomédicos objetivables. Esta situación genera un circuito de negligencia institucional que repercute negativamente en el acceso, la adherencia y la calidad de la atención.

Desde una perspectiva familiar, la experiencia de convivir con una persona con fibromialgia implica desafíos emocionales, comunicativos y relacionales significativos. Vázquez Canales et al. (2024), a través de un estudio cualitativo con familiares, evidencian cómo la falta de reconocimiento social de la enfermedad y la incertidumbre sobre su evolución generan frustración, tensiones en la convivencia y sentimientos de impotencia, lo que refleja el profundo impacto psicosocial que la fibromialgia produce más allá del individuo afectado. En este contexto, también se

ha observado que las mujeres con fibromialgia experimentan mayores niveles de autocrítica y menor apreciación corporal, aspectos que se relacionan directamente con síntomas depresivos y ansiosos. La autocompasión emerge como un factor protector clave en la regulación del malestar psicológico (Levy et al., 2025).

La necesidad de enfoques integrativos ha sido enfatizada por revisiones recientes que destacan la eficacia de intervenciones multidisciplinarias, incluyendo fisioterapia, educación en dolor y autorregulación emocional como estrategias sostenibles en el manejo a largo plazo (Hu et al., 2025). Estas estrategias, sin embargo, requieren continuidad y adecuación contextual. La evidencia indica que muchas personas beneficiadas por programas grupales de autocuidado reportan dificultades para mantener los cambios sin redes de apoyo sostenido, lo cual subraya la importancia de sistemas de seguimiento y de intervenciones personalizadas.

En el contexto formativo de las ciencias de la salud, y específicamente en kinesiología, el abordaje de condiciones complejas como la fibromialgia representa una oportunidad crucial para el desarrollo de competencias clínicas avanzadas. Sin embargo, no siempre se expone a los estudiantes a estos escenarios desafiantes. McGivern et al. (2025) revelan que tanto estudiantes como tutores suelen evitar a pacientes con condiciones “controvertidas” o “difíciles”, lo cual puede limitar el aprendizaje clínico auténtico. A esto se suma que no todos los contextos de práctica promueven la atención centrada en la persona, lo que dificulta a los estudiantes aplicar habilidades comunicacionales adecuadas a las características socioculturales de los pacientes (Solvang & Fougner, 2023).

Por su parte, Aguilar-Rodríguez et al. (2021) destacan que los estudiantes de kinesiología se enfrentan a dilemas éticos significativos durante sus prácticas, especialmente cuando las condiciones de los pacientes no se ajustan a patrones biomédicos tradicionales. Esto evidencia la necesidad de fortalecer el desarrollo

de habilidades comunicacionales, empatía y razonamiento clínico complejo desde el pregrado.

A pesar del reconocimiento creciente de la fibromialgia como una condición multidimensional, existe escasa literatura que aborde su impacto en la formación clínica de estudiantes de kinesiología. La mayoría de las revisiones y estudios cualitativos sobre intervenciones terapéuticas, como la de Hu et al. (2025), se concentran en aspectos de autogestión y no consideran el rol del profesional en formación. En paralelo, Vázquez-González et al. (2025) señalan que persisten prejuicios y estereotipos hacia personas con fibromialgia entre profesionales de salud, lo cual podría estar arraigado en falencias curriculares y limitar una atención empática y basada en evidencia.

Este estudio se sitúa en el marco del desarrollo de la identidad profesional en estudiantes de kinesiología. Según Dadich y Best (2024), la identidad profesional se configura como un proceso dinámico que puede ser activamente movilizado mediante intervenciones formativas y experiencias clínicas auténticas. Kurunsaari, Tynjälä y Piirainen (2022) describen cómo los relatos de experiencia clínica permiten a los estudiantes resignificar su rol profesional, especialmente cuando se enfrentan a situaciones que tensionan sus expectativas previas. En esa misma línea, Gastelurrutia (2025) propone que la construcción de una identidad profesional coherente requiere de vivencias significativas que confronten al estudiante con la incertidumbre clínica y la dimensión humana del cuidado. Aunque este antecedente proviene de otra área profesional, ofrece un referente conceptualmente útil para comprender procesos formativos potencialmente transferibles a otras carreras de la salud.

Considerando la complejidad clínica y social de la fibromialgia, y la escasa exposición de los estudiantes a estos escenarios, resulta pertinente explorar cómo los futuros kinesiólogos viven y reflexionan sobre estas experiencias durante su formación profesional. Comprender estas vivencias podría contribuir al diseño de

programas formativos más integrales, éticos y humanizados, que preparen a los profesionales no solo para intervenir técnicamente, sino también para acompañar con sensibilidad procesos de salud-enfermedad complejos y crónicamente desatendidos.

A partir de los antecedentes revisados, el propósito general de esta investigación es comprender las experiencias y la construcción de identidad profesional de estudiantes de kinesiología durante la atención de personas con fibromialgia en su internado profesional en el año 2025. Para dar cumplimiento a este objetivo, el texto se estructura en cinco capítulos que siguen una secuencia lógica de indagación científica. El Capítulo 1 establece el planteamiento del problema, delimitando el vacío de conocimiento que justifica el estudio. A continuación, el Capítulo 2 profundiza en el marco filosófico, proporcionando el sustento epistemológico necesario para el enfoque cualitativo. Sobre esta base teórica, el Capítulo 3 describe el diseño metodológico utilizado para la recolección de datos. Finalmente, se presentan los hallazgos en el Capítulo 4 con la exposición de resultados, para cerrar con el Capítulo 5, donde se desarrolla la discusión y contrastación de estos hallazgos con la evidencia existente.

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes del problema

Las investigaciones revisadas tienden a enfocarse principalmente en dos áreas: por un lado, estudios que abordan aspectos generales del aprendizaje práctico y la formación clínica de estudiantes de salud (Solvang y Fougner, 2023; McGivern et al., 2025; Aguilar-Rodríguez et al., 2021; Kurunsaari et al., 2022; Merlini et al., 2021; Clouder et al., 2022); y por otro, investigaciones centradas en el impacto de la fibromialgia sobre los propios pacientes (Paul-Savoie et al., 2018; Kumbhare et al., 2018; Cupit et al., 2025; Hu et al., 2025).

Referente a la primera área de investigación, se han observado un número de estudios que abordan la formación clínica desde una perspectiva general. Tal es el caso de Solvang y Fougner (2023), los cuales llevaron a cabo un estudio cualitativo exploratorio en Noruega para comprender cómo los estudiantes de último año de fisioterapia desarrollaron sus prácticas centradas en la persona. El análisis temático reveló que los estudiantes enfrentaban tensiones entre adoptar una postura empática o replicar un enfoque biomédico jerárquico, especialmente cuando no se sentían suficientemente preparados. Se concluyó que el fortalecimiento de la formación preclínica y la supervisión reflexiva eran claves para apoyar este tipo de práctica (Solvang & Fougner, 2023).

Por otro lado, McGivern et al. (2025) estudiaron las percepciones de los estudiantes para atender pacientes complejos durante las prácticas profesionales. El estudio incluyó a 19 estudiantes de fisioterapia de último año y 20 educadores clínicos de los estados de Queensland y New South Wales. Se emplearon grupos focales con estudiantes y entrevistas semiestructuradas con los docentes, aplicando un análisis temático reflexivo de tipo inductivo. Los resultados revelaron que el trabajo con pacientes complejos como aquellos con dolor persistente, diagnósticos inciertos o múltiples comorbilidades, puede representar tanto una

oportunidad de aprendizaje enriquecedora como una fuente importante de ansiedad, fatiga emocional y sobrecarga cognitiva para los estudiantes (McGivern et al., 2025). Asimismo, se identificaron factores institucionales y contextuales que limitaban la equidad en la exposición a este tipo de casos, como la variabilidad entre los centros clínicos. Los autores sugirieron implementar estrategias de preparación anticipada, tutoría progresiva y apoyo emocional para potenciar el aprendizaje sin comprometer el bienestar estudiantil (McGivern et al., 2025). Aunque el estudio no se focaliza en la atención de personas con fibromialgia, sus hallazgos son altamente relevantes para comprender cómo los estudiantes enfrentan condiciones clínicas complejas y potencialmente estigmatizadas durante su formación.

Dentro de la línea de investigación abordada en esta tesis, destacan estudios centrados en la formación clínica en contextos reales. En este marco, Aguilar-Rodríguez et al. (2021) realizaron en España un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo que investigó los dilemas éticos enfrentados por estudiantes de fisioterapia durante sus prácticas clínicas. La investigación incluyó a estudiantes de tercer año de la Licenciatura en Fisioterapia de la Universidad de Valencia, quienes, durante ocho meses de prácticas en hospitales y centros ambulatorios, redactaron cinco narrativas sobre situaciones éticamente complejas vividas en dichos contextos. Mediante el análisis de contenido cualitativo propuesto por Krippendorff, se identificaron ocho categorías éticas clave, entre ellas la autonomía, la confidencialidad y la justicia. Los hallazgos evidencian la exposición a una importante vulnerabilidad ética durante la formación clínica, y subrayan la necesidad de fortalecer la enseñanza de la ética profesional desde las etapas iniciales del currículo universitario.

En esta misma línea, Kurunsaari et al. (2022) investigaron cómo los estudiantes de fisioterapia experimentan su crecimiento profesional durante la etapa final de su formación. A través de un estudio narrativo realizado en Finlandia con 33 estudiantes, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas y se aplicó

un análisis narrativo que permitió identificar cinco tipos de relatos formativos. Los resultados subrayan la relevancia de integrar teoría y práctica en el proceso de aprendizaje, así como el papel fundamental del tutor clínico como figura orientadora en el desarrollo de la identidad profesional del estudiante. Otra investigación relevante indagó en el desarrollo del compromiso estudiantil durante la práctica clínica. Merlini et al. (2021), en Italia, aplicaron la metodología de la teoría fundamentada (Grounded Theory) para explorar cómo se configura este compromiso en estudiantes de Enfermería, Fisioterapia y Prevención. Entrevistaron en profundidad a 12 estudiantes de segundo y tercer año, quienes compartieron sus experiencias clínicas. El análisis permitió identificar que el compromiso se desarrolla en fases evolutivas (inicial, central y final), moduladas por factores emocionales y relacionales. Los hallazgos resaltan el rol fundamental de los tutores y del entorno clínico como facilitadores del aprendizaje significativo.

Clouder et al. (2022) exploraron cómo los tutores clínicos toman decisiones respecto a la asignación de tareas y al nivel de supervisión durante la práctica clínica. El estudio cualitativo se realizó en el Reino Unido y Australia, e incluyó entrevistas semiestructuradas a 27 participantes, entre ellos educadores clínicos y estudiantes de fisioterapia. A través de un análisis temático inductivo, los autores desarrollaron un modelo heurístico de supervisión graduada, en el cual la complejidad de las actividades asignadas se ajusta progresivamente en función de las competencias observadas en el estudiante. Este proceso está influido por la calidad de la relación tutor-estudiante y la claridad de las expectativas clínicas. Si bien el estudio no se centra en la atención de personas con condiciones complejas como la fibromialgia, sus hallazgos son significativos para comprender la organización de la formación práctica y el desarrollo de la autonomía profesional en contextos clínicos reales.

Estos estudios coinciden en señalar que el contexto clínico, la calidad de la supervisión y las relaciones interpersonales influyen profundamente en el aprendizaje práctico de los estudiantes de salud. Sin embargo, ninguno aborda de

forma específica cómo se vive la atención a personas con condiciones de salud complejas, estigmatizadas y de difícil diagnóstico como la fibromialgia.

Por otro lado, la segunda línea de investigación abordada en esta tesis, centrada en la fibromialgia, ha explorado principalmente las experiencias subjetivas, médicas y sociales de las personas que viven con esta condición, así como los desafíos clínicos asociados a su diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, esta línea no ha considerado la perspectiva de los estudiantes en formación que enfrentan el abordaje clínico de estos casos durante su proceso formativo. Por ejemplo, Paul-Savoie et al. (2018), en Canadá, realizaron un estudio mixto con el objetivo de evaluar el impacto de la visibilidad de los síntomas en la empatía clínica de profesionales de la salud. La muestra estuvo compuesta por 42 profesionales (21 médicos y 21 enfermeros), quienes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: uno observó videograbaciones de pacientes con síntomas visibles (ej. fractura de fémur), y el otro, de pacientes con síntomas no visibles (ej. fibromialgia). Se utilizaron dos métodos de evaluación: la Escala CARE (Consultation and Relational Empathy), aplicada por observadores externos, y una escala de autoevaluación completada por los propios participantes tras ver las grabaciones. Los resultados mostraron puntuaciones significativamente más altas de empatía observada y autoinformada cuando los síntomas del paciente eran visibles. Este hallazgo sugiere la existencia de un sesgo inconsciente que podría disminuir la calidad de la atención en condiciones como la fibromialgia, donde los síntomas no se manifiestan de manera evidente. El estudio contribuye a visibilizar barreras actitudinales en la práctica clínica que deben ser abordadas desde la formación profesional, especialmente en estudiantes que se enfrentan por primera vez a este tipo de escenarios clínicos.

Por otro lado, Kumbhare et al. (2018), en Canadá, llevaron a cabo un estudio transversal con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento y la adherencia de los médicos a los criterios diagnósticos de fibromialgia. Se utilizó una encuesta estructurada autoadministrada, distribuida a una muestra de 284

médicos de atención primaria, medicina física y rehabilitación, reumatología y otras especialidades. La encuesta recogió información sobre el uso de criterios diagnósticos formales (1990 y 2010 del American College of Rheumatology), percepciones sobre la legitimidad de la fibromialgia como entidad clínica y actitudes hacia su manejo. Los resultados indicaron que solo el 50,8% de los encuestados utilizaban criterios diagnósticos oficiales, y una proporción significativa expresaba dudas sobre la validez de la condición. Además, se identificaron diferencias según especialidad médica y nivel de experiencia clínica. El estudio concluye que existe una brecha sustancial de conocimiento clínico sobre la fibromialgia, lo cual impacta negativamente en su diagnóstico y tratamiento. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de intervenciones educativas estructuradas, tanto en la formación continua como en la etapa formativa de los profesionales de la salud.

Por su parte, Cupit et al. (2025) investigaron cómo se organiza socialmente la negligencia hacia las personas con fibromialgia dentro del sistema de salud, mediante un estudio cualitativo crítico basado en el enfoque de la Sociología para las Personas. El análisis consistió en una revisión documental crítica de literatura académica, textos biomédicos, documentos de políticas públicas y relatos personales publicados por personas con fibromialgia. A través de esta cartografía institucional, los autores evidenciaron que la lógica biomédica dominante centrada en la visibilidad y objetividad del sufrimiento, tiende a deslegitimar la fibromialgia al conceptualizarla como una condición principalmente psicológica. Esta perspectiva refuerza barreras estructurales que invisibilizan el dolor y dificultan el acceso a una atención adecuada. Si bien no se trata de un estudio empírico con entrevistas o grupos focales, su enfoque analítico permite comprender cómo ciertas prácticas clínicas, administrativas y discursivas reproducen dinámicas de exclusión que también afectan a los profesionales en formación. Otros autores como Hu et al. (2025), exploraron las experiencias de personas con dolor crónico generalizado, incluida la fibromialgia, al participar en intervenciones de automanejo, mediante una revisión sistemática con síntesis cualitativa. El estudio incluyó 23

investigaciones cualitativas o mixtas, seleccionadas tras una búsqueda en bases como MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL y Web of Science, aplicando un riguroso proceso de evaluación metodológica por pares. A través de una síntesis temática, los autores identificaron cuatro grandes temas analíticos: (1) la experiencia multifacética de las intervenciones, (2) el potencial transformador de la cohesión grupal, (3) una nueva perspectiva sobre la vida con dolor y (4) las dificultades asociadas a la pérdida de apoyo tras el término de los programas. En particular, la personalización de las estrategias y el acompañamiento grupal facilitaron cambios conductuales positivos, mientras que la ausencia de apoyo sostenido fue vivida como una barrera importante. Aunque este estudio no aborda directamente la formación de profesionales de la salud, sus hallazgos aportan información valiosa sobre las complejas vivencias de las personas con fibromialgia, lo que resulta relevante para el desarrollo de competencias clínicas empáticas y centradas en el paciente.

Los estudios revisados aportan valiosa información sobre los efectos psicosociales de la fibromialgia y las barreras que dificultan su abordaje clínico. Sin embargo, persiste un vacío investigativo respecto de estudios que, desde una perspectiva cualitativa, aborden las experiencias de los estudiantes de kinesiología en la atención de personas con fibromialgia durante su internado profesional. Esta atención implica desafíos clínicos, comunicacionales y éticos particulares, por lo que resulta pertinente explorar cómo los estudiantes enfrentan y resignifican estas vivencias en el contexto del internado profesional del año 2025, garantizando la voluntariedad de la participación y la ausencia de vínculo evaluativo vigente. Este estudio se propone llenar dicho vacío, aportando evidencia inédita que contribuya a visibilizar estas experiencias y a orientar el diseño de currículos más sensibles, humanizados y éticamente sólidos, bajo criterios de rigor cualitativo como la reflexividad del investigador y la transferibilidad de los hallazgos.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las experiencias de los estudiantes de kinesiología en la atención de pacientes con fibromialgia durante su internado profesional en el año 2025?

1.3 Objetivos del estudio

1.3.1 Objetivo general

Comprender las experiencias de los estudiantes de kinesiología en la atención de pacientes con fibromialgia durante su internado profesional en el año 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las experiencias significativas de los estudiantes de kinesiología en la atención de pacientes con fibromialgia durante su internado profesional en el año 2025.
- Describir las percepciones de los estudiantes de kinesiología respecto a la atención de pacientes con fibromialgia durante su internado profesional en el año 2025.
- Indagar en las motivaciones que influyen en la elección o evitación de estrategias clínicas por parte de los estudiantes de kinesiología al atender a personas con fibromialgia durante su internado profesional en el año 2025.

1.4 Relevancia de la investigación

La presente investigación reviste especial relevancia en múltiples planos, ya que se sitúa en la intersección entre la formación profesional en salud, la atención a condiciones crónicas complejas y los desafíos éticos de la práctica clínica contemporánea. Mediante un enfoque cualitativo fenomenológico descriptivo, el estudio busca comprender las experiencias vividas por estudiantes de Kinesiología

frente a la atención de personas con fibromialgia, contribuyendo así con evidencia situada y poco explorada en la literatura disciplinar.

1.4.1 Contribución al conocimiento en formación clínica

Este trabajo aporta evidencia original sobre un escenario clínico ampliamente invisibilizado en los procesos formativos: la atención a personas con fibromialgia durante el internado profesional. La fibromialgia representa un desafío singular para los estudiantes, al combinar elementos de dolor crónico, escasa legitimación médica y alta carga emocional. Tal como señalan McGivern et al. (2025), este tipo de condiciones exigen al futuro profesional enfrentar tensiones éticas, incertidumbres diagnósticas y dificultades comunicacionales en ausencia de marcos clínicos claros. Además, Cupit et al. (2025) sostienen que el desconocimiento y la estigmatización social y profesional hacia esta condición constituyen una forma de negligencia estructural dentro de los sistemas de salud.

El presente estudio, al centrarse en situaciones reales de atención y no en contextos simulados, permite comprender cómo los estudiantes dotan de sentido a su experiencia, cómo negocian su rol profesional y cómo configuran su identidad clínica frente al sufrimiento persistente. De este modo, se ilumina una dimensión formativa escasamente explorada pero crucial para una educación clínica centrada en la persona.

1.4.2 Pertinencia epistemológica y metodológica

El enfoque fenomenológico descriptivo se justifica plenamente dado el objetivo del estudio: comprender los significados que los estudiantes atribuyen a sus experiencias con personas diagnosticadas con fibromialgia. A diferencia de diseños explicativos o cuantitativos, esta metodología permite acceder a las vivencias desde la perspectiva de quienes las experimentan, explorando dimensiones emocionales, éticas y contextuales que usualmente permanecen

ocultas en otros enfoques. En este sentido, la investigación cualitativa en salud permite comprender fenómenos complejos desde su carácter situado, interpretativo y relacional (Kurunsaari et al., 2022; Green & Thorogood, 2018).

Además, como afirman Gastelurrutia (2025) y Solvang y Fougner (2023), las experiencias clínicas pueden ser una fuente de aprendizaje transformador, siempre que sean reflexionadas desde una mirada situada y crítica. El presente estudio, al adoptar esta orientación, no solo es coherente con su objeto de estudio, sino que también permite evidenciar los aprendizajes tácitos, contradicciones y tensiones propias del tránsito hacia la autonomía profesional.

1.4.3 Implicancias formativas y pedagógicas

Los hallazgos de esta investigación pueden contribuir directamente al fortalecimiento de la formación clínica en Kinesiología. En particular, se identifican oportunidades para mejorar los dispositivos de tutoría clínica, el acompañamiento emocional y la planificación de internados en contextos de alta complejidad. Aguilar-Rodríguez et al. (2021) han señalado que los escenarios clínicos éticamente desafiantes exigen estrategias pedagógicas que contemplen no sólo la enseñanza técnica, sino también la contención y el desarrollo de habilidades comunicacionales empáticas.

Este estudio, al visibilizar brechas en la preparación de los estudiantes para atender a personas con dolor persistente, puede orientar el rediseño de metodologías activas, la incorporación de contenidos sobre validación del sufrimiento, y la generación de espacios de reflexión crítica guiada. Todo ello responde al llamado de formar profesionales que no sólo sepan “hacer”, sino que también sepan “ser” en contextos clínicos marcados por la incertidumbre, el estigma y la complejidad.

1.4.4 Valor pedagógico y curricular

La sistematización de las experiencias estudiantiles permite generar insumos concretos para el desarrollo curricular en salud. Solvang y Fougner (2023) plantean que incluir contenidos sensibles al dolor persistente y a la diversidad clínica favorece una formación más inclusiva, realista y centrada en la persona. Este estudio aporta evidencia empírica que puede ser utilizada para revisar programas de asignaturas clínicas, diseñar espacios de formación ética aplicada y construir recursos pedagógicos alineados con la atención humanizada.

Además, permite responder a una necesidad formativa creciente: dotar a los estudiantes de herramientas para enfrentar situaciones clínicas que no encajan en los modelos biomédicos tradicionales. En este sentido, el estudio favorece la transición hacia un currículo que incorpore el sufrimiento como categoría central del aprendizaje profesional, más allá de la patología.

1.4.5 Impacto en la formación ética y profesional

Este estudio ofrece una aproximación a realidades que emergen en aulas y centros de práctica locales, lo que podría aportar a la reflexión sobre la formación ética y el desarrollo de una identidad profesional más crítica y reflexiva. Al documentar las tensiones entre el saber teórico y las realidades clínicas vividas, se promueve una formación que va más allá del cumplimiento de competencias, apuntando al reconocimiento del propio posicionamiento del estudiante frente al dolor ajeno. Gastelurrutia (2025) sostiene que este tipo de procesos de reflexión ética, cuando son acompañados y valorizados institucionalmente, constituyen núcleos centrales en la configuración de profesionales sensibles, responsables y comprometidos con el cuidado.

La atención a personas con fibromialgia se presenta como una oportunidad para cultivar no sólo habilidades clínicas, sino también capacidades relacionales

profundas, como la escucha activa, la validación del sufrimiento y la toma de decisiones en contextos de ambigüedad (Cupit et al., 2025).

1.4.6 Relevancia institucional y social

Desde una perspectiva institucional y social, este estudio promueve el reconocimiento de la fibromialgia como una condición legítima dentro de la formación universitaria en salud. Tal como destacan Vázquez-Canales et al. (2024), el desconocimiento estructural de esta patología impacta no sólo a las personas diagnosticadas, sino también a los futuros profesionales, quienes enfrentan estas situaciones sin preparación ni legitimación suficiente. Al visibilizar estas experiencias en el ámbito académico, la investigación contribuye a construir una cultura universitaria más sensible al dolor crónico, a la diversidad clínica y a las necesidades formativas reales del estudiantado.

Finalmente, al aportar evidencia situada sobre un escenario clínico formativo poco explorado, la atención de personas con fibromialgia durante el internado profesional, este estudio tiene el potencial de fortalecer la preparación de kinesiólogos/as más empáticos, críticos y éticamente responsables, impactando a futuro en la calidad de la atención. En este sentido, se inscribe en una lógica de responsabilidad social universitaria, articulando el saber académico con el compromiso con la equidad, la justicia y el bienestar de poblaciones históricamente marginadas (Dadich & Best, 2024).

Desde una motivación formativa y profesional, la investigación busca aportar insumos concretos para mejorar la tutoría clínica, el acompañamiento reflexivo y el diseño curricular en contextos reales de alta complejidad, donde suelen emerger tensiones comunicacionales, emocionales y éticas. Así, el problema que antecede a este estudio se relaciona con la ausencia de evidencia respecto de cómo los estudiantes de kinesiólogía viven y resignifican la atención

de personas con fibromialgia en el internado, vacío que dificulta identificar necesidades formativas específicas y diseñar apoyos pedagógicos pertinentes.

Asimismo, se resguardará que la participación estudiantil sea plenamente voluntaria y sin vínculo evaluativo vigente con el investigador, garantizando un abordaje ético y libre de coerción. El diseño contempla criterios de rigor cualitativo como la reflexividad del investigador y la transferibilidad de los hallazgos, lo que fortalece su aporte académico y social.

CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL Y MARCO FILOSÓFICO

2.1 Investigaciones cualitativas realizadas en el contexto de estudio

2.1.1 *Experiencias clínicas de estudiantes de kinesiología*

Las experiencias clínicas son fundamentales en la formación de estudiantes de kinesiología, ya que permiten aplicar conocimientos teóricos en contextos reales, desarrollar habilidades interpersonales y construir la identidad profesional (Solvang & Fougner, 2023; McGivern et al., 2025). Estas vivencias enriquecen competencias técnicas, fortalecen el razonamiento clínico, el juicio ético y la capacidad de actuar con autonomía (Kurunsaari et al., 2022; Aguilar-Rodríguez et al., 2021).

Uno de los principales desafíos en las experiencias clínicas estudiantiles es la comunicación con pacientes con baja alfabetización en salud, lo que obliga a adaptar el lenguaje técnico para facilitar la comprensión y favorecer una relación terapéutica empática y clara (Solvang & Fougner, 2023). Asimismo, el contexto asistencial influye en estas experiencias: mientras los servicios ambulatorios facilitan una atención centrada en la persona, los entornos hospitalarios pueden restringir el diálogo clínico por su estructura jerárquica (Solvang & Fougner, 2023). Estos elementos resultan relevantes para el presente estudio, ya que la atención de personas con fibromialgia exige habilidades comunicacionales, sensibilidad clínica y capacidad de adaptación al contexto de atención.

Atender a pacientes con necesidades complejas es especialmente formativo, ya que permite desarrollar adaptabilidad y confianza profesional, aunque también puede resultar emocionalmente exigente si no hay suficiente apoyo docente (McGivern et al., 2025). Por su parte, las prácticas clínicas facilitan la integración entre teoría y práctica, y promueven el aprendizaje en equipos

interprofesionales, lo que enriquece la comprensión integral del proceso de atención (Kurunsaari et al., 2022).

También se valora la toma de decisiones basadas en evidencia, el uso adecuado de la documentación clínica y el desarrollo de habilidades personales como la puntualidad, la gestión emocional y la adaptación al cambio (Kurunsaari et al., 2022). En el plano ético, los estudiantes enfrentan situaciones que los invitan a reflexionar sobre el respeto, la equidad y la justicia, construyendo así un marco de valores profesionales que no siempre se enseña de forma explícita (Aguilar-Rodríguez et al., 2021).

En síntesis, las experiencias clínicas son un espacio formativo complejo y esencial que permite a los estudiantes integrar saberes, fortalecer su juicio clínico y consolidar su rol profesional (Solvang & Fougner, 2023; McGivern et al., 2025; Kurunsaari et al., 2022; Aguilar-Rodríguez et al., 2021).

2.1.2 Formación clínica e identidad profesional

La formación clínica es clave no solo para desarrollar competencias técnicas, sino también para construir la identidad profesional del estudiante de kinesiología. Desde una mirada socioconstructivista, esta identidad se configura dinámicamente a través de experiencias, reflexiones y relaciones en contextos reales de atención (Dadich & Best, 2024; Kurunsaari et al., 2022; Gastelurrutia, 2025).

Dadich y Best (2024) destacan que los programas formativos y de liderazgo permiten a los estudiantes y recién graduados negociar activamente su identidad profesional en equipos interprofesionales. Aunque puede haber resistencia inicial, el apoyo adecuado facilita procesos de transformación identitaria coherentes con el rol dentro del sistema de salud.

Kurunsaari et al. (2022) subrayan que el contacto con pacientes reales y la supervisión clínica representan puntos de inflexión que consolidan la confianza del estudiante y su sentido de pertenencia profesional. La integración de conocimientos con las demandas clínicas reales refuerza una identidad más clara y contextualizada como kinesiólogo.

Por su parte, Gastelurrutia (2025) advierte que la identidad profesional requiere una construcción intencionada durante la formación. En el ámbito de la salud, las narrativas contradictorias o la falta de claridad curricular pueden dificultar este proceso, generando identidades frágiles o confusas, fenómeno también aplicable a la kinesiólogía.

En conjunto, estos hallazgos evidencian que la identidad profesional en kinesiólogía no es un resultado automático, sino un proceso progresivo que se nutre de experiencias clínicas significativas, acompañamiento docente y reflexión crítica sobre el rol profesional (Dadich & Best, 2024; Kurunsaari et al., 2022; Gastelurrutia, 2025).

2.1.3 Supervisión y entorno de aprendizaje clínico

El entorno clínico y la supervisión son componentes esenciales en la formación de estudiantes de kinesiólogía, ya que permiten aplicar conocimientos en contextos reales y favorecen la integración de dinámicas interpersonales, institucionales y profesionales (Awiagah et al., 2024; Mathisen et al., 2023). La supervisión clínica, en este marco, puede potenciar o dificultar el desarrollo profesional del estudiante según su calidad y estructura.

Awiagah et al. (2024) destacan que una supervisión efectiva requiere una colaboración articulada entre instituciones educativas y centros clínicos. Cuando esta relación es débil, se pierde coherencia pedagógica y se reducen las oportunidades de aprendizaje significativo. Factores como la falta de recursos o la

sobrecarga de estudiantes afectan negativamente la supervisión, mientras que un entorno clínico organizado y equipado favorece la autonomía, el desarrollo de habilidades clínicas y la consolidación del rol profesional.

Complementariamente, Mathisen et al. (2023) resaltan el rol de los facilitadores en la educación práctica. Estos apoyan a supervisores y estudiantes promoviendo una supervisión más reflexiva, fortaleciendo la toma de decisiones clínicas y mejorando la percepción del entorno de aprendizaje. Además, los facilitadores contribuyen a crear entornos clínicos psicosocialmente saludables, con buenas relaciones interpersonales, cultura organizacional positiva y sentido de pertenencia.

En síntesis, supervisión y entorno clínico son dimensiones interrelacionadas que deben abordarse de forma estructurada. Una supervisión de calidad no depende solo del tutor, sino también del respaldo institucional, los recursos disponibles y la cultura del centro asistencial. Todo ello impacta en el aprendizaje técnico, la identidad profesional, el pensamiento crítico y la formación ética del futuro kinesiólogo (Awiagah et al., 2024; Mathisen et al., 2023).

2.1.4 Importancia de la atención de personas con fibromialgia desde modelos clínicos más inclusivos sustentados en evidencia cualitativa

La investigación cualitativa permite comprender con mayor profundidad las experiencias de las personas con fibromialgia, revelando dimensiones del sufrimiento, la atención clínica y el cuidado que suelen quedar fuera del enfoque biomédico tradicional (Cupit, Finlay & Pope, 2025; Hu et al., 2025; Vázquez Canales et al., 2024).

Cupit, Finlay y Pope (2025) muestran que muchas personas con fibromialgia enfrentan interacciones clínicas donde sus síntomas son deslegitimados, tratados como meramente psicológicos o ignorados, lo que refuerza el estigma y la

desconfianza hacia el sistema de salud. Estas barreras no son fortuitas, sino estructurales, derivadas de jerarquías del saber médico que niegan la legitimidad de condiciones complejas como la fibromialgia, y evidencian la necesidad de transformar los modelos de atención hacia otros que reconozcan la complejidad biopsicosocial del padecimiento.

Por su parte, Hu et al. (2025) destacan que las intervenciones de autogestión son más efectivas cuando se adaptan a las características individuales y fomentan dinámicas grupales, ya que esto promueve la autoeficacia y el sentido de comunidad. Sin embargo, advierten que la falta de continuidad en el apoyo post-intervención limita la sostenibilidad del cambio, y que factores como la edad y la cultura influyen en cómo las personas experimentan y gestionan su condición.

Desde una perspectiva relacional, Vázquez Canales et al. (2024) evidencian que la fibromialgia impacta significativamente en la vida familiar, afectando roles, vínculos conyugales, dinámicas sexuales y la distribución de las cargas de cuidado. La ambigüedad con que los familiares comprenden la enfermedad y su baja validación médica contribuyen a tensiones, malentendidos y sentimientos de aislamiento.

Estos estudios abogan por modelos clínicos más inclusivos y sostenibles, centrados en la experiencia del paciente y su contexto familiar y social (Cupit, Finlay & Pope, 2025; Hu et al., 2025; Vázquez Canales et al., 2024). Incluir esta perspectiva en la formación clínica, particularmente en kinesiología, fortalece una ética del cuidado centrada en el reconocimiento de la persona como sujeto activo, posicionando al kinesiólogo como agente clave para una atención más humana y contextualizada. Sin embargo, para que esta atención humanizada se concrete, es imperativo comprender el escenario estructural donde el estudiante se forma. Por ello, se analizan las características curriculares y los roles específicos del internado profesional que condicionan estas posibilidades de aprendizaje.

2.2 Características de la malla curricular en la que se desenvuelven los estudiantes durante su internado profesional

2.2.1 Rol del estudiante en el internado clínico

En el contexto local del estudio, el perfil de egreso de Kinesiología UDLA releva una formación integral, con enfoque biopsicosocial, humanizado e interdisciplinario, lo que permite contextualizar el rol del estudiante durante el internado clínico.

El internado clínico representa una etapa clave en la formación de los estudiantes de kinesiología, ya que les exige asumir un rol activo en la atención de pacientes, integrándose al equipo de salud en contextos reales. Sin embargo, este proceso está marcado por tensiones entre las necesidades de aprendizaje del estudiante y las exigencias del entorno asistencial (McGivern et al., 2025; Yuan et al., 2023).

McGivern et al. (2025) destacan que el papel del estudiante en práctica está fuertemente condicionado por la estructura del sistema clínico y las decisiones pedagógicas de los educadores. Una tensión común es la priorización de la seguridad y eficiencia en la atención por sobre las oportunidades formativas, lo que a veces reduce el espacio de aprendizaje. Aun así, los estudiantes consideran que trabajar con pacientes complejos es una experiencia altamente enriquecedora, ya que fortalece sus habilidades, conocimientos y autoconfianza. No obstante, si esta experiencia no es acompañada por preparación y apoyo docente, puede generar sobrecarga emocional e inseguridad.

Un punto crítico que señalan los autores es que la percepción que los educadores clínicos tienen sobre la preparación del estudiante influye directamente en las tareas que se le asignan. Si se considera que el estudiante

“no está listo”, se le restringe el acceso a ciertos casos, lo que puede limitar su aprendizaje. Esta práctica, aunque protectora, genera experiencias formativas dispares. Los estudiantes valoran especialmente cuando se les explica con claridad por qué se les asigna cierto tipo de pacientes, ya que esto fomenta la autorreflexión y la mejora continua (McGivern et al., 2025).

Complementariamente, Yuan et al. (2023) proponen que el internado clínico es también un espacio para el desarrollo de cualidades humanísticas como la empatía y la escucha. Actividades como la medicina narrativa, escritura reflexiva y registro paralelo de historias permiten a los estudiantes conectarse con la dimensión subjetiva del sufrimiento y profundizar en su rol terapéutico desde una mirada ética y sensible.

En conjunto, el internado clínico no solo implica la ejecución técnica de procedimientos, sino también una actitud crítica, empática y comprometida con las personas que requieren atención en salud (McGivern et al., 2025; Yuan et al., 2023).

2.2.2 Desarrollo de identidad profesional

El desarrollo de la identidad profesional es un proceso dinámico y central en la formación de estudiantes de ciencias de la salud, incluida la kinesiología. Esta construcción no se limita a lo técnico, sino que involucra la integración de valores, actitudes y comportamientos dentro de un contexto social y cultural específico (Dadich & Best, 2024; Gastelurrutia, 2025).

Según Dadich y Best (2024), diversas intervenciones educativas como programas de liderazgo, formación interprofesional o rediseños organizacionales influyen en la configuración de la identidad profesional, incluso cuando este no es su objetivo explícito. Sin embargo, su efectividad depende de factores como la claridad de roles, los límites profesionales y la existencia de estructuras de apoyo.

En entornos interprofesionales, los estudiantes deben negociar su rol constantemente, lo que puede generar tensiones identitarias si no se acompaña con supervisión adecuada.

Desde la educación farmacéutica, Gastelurrutia (2025) enfatiza que este desarrollo debe iniciarse desde los primeros años de formación, ayudando al estudiante a responder preguntas clave como “¿quién soy?” y “¿qué hago?” dentro del sistema de salud. Señala además que narrativas profesionales contradictorias, por ejemplo, entre un rol técnico tradicional y uno clínico más moderno, pueden debilitar la construcción de una identidad coherente si no se abordan explícitamente.

Ambos estudios coinciden en que para fortalecer la identidad profesional es necesario un currículo alineado con una visión clara del profesional que se busca formar. Esto implica integrar experiencias clínicas supervisadas, espacios de reflexión crítica e instancias de trabajo interprofesional (Dadich & Best, 2024; Gastelurrutia, 2025).

En síntesis, la identidad profesional no emerge automáticamente con la formación técnica, sino que requiere una orientación pedagógica deliberada, respaldo institucional y adaptación a los cambios del sistema sanitario (Dadich & Best, 2024; Gastelurrutia, 2025).

2.2.3 Transición del rol de estudiante a profesional

La transición del rol de estudiante al de profesional clínico es una etapa crítica en la formación en salud, caracterizada por tensiones identitarias, nuevas responsabilidades y mayor autonomía, lo que puede generar estrés, inseguridad e incluso intención de abandono profesional. Esta transición depende en gran medida del entorno de aprendizaje y del apoyo recibido durante el internado final (Kaihlanen et al., 2021).

Según Kaihlanen et al. (2021), esta transición puede extenderse hasta un año, periodo en el cual los recién graduados enfrentan altas expectativas laborales que a menudo superan su autopercepción de preparación. Este desajuste se asocia con agotamiento, bajo compromiso profesional y mayor riesgo de dejar la profesión.

El estudio también muestra que el internado profesional con buen acompañamiento pedagógico y supervisión de calidad mejora la adquisición de competencias y fortalece el compromiso afectivo y normativo con la profesión. Estos factores son clave para una inserción laboral exitosa (Kaihlanen et al., 2021).

Asimismo, realizar el internado en la misma unidad donde se trabajará posteriormente facilita la adaptación, refuerza la confianza profesional y motiva a los recién egresados. Esto evidencia que los internados deben ser concebidos como espacios estratégicos de transición, más allá de su función evaluativa (Kaihlanen et al., 2021).

En conclusión, el estudio subraya la necesidad de prácticas clínicas finales estructuradas, coordinadas y humanizadas. Una transición bien acompañada no solo beneficia al estudiante, sino que también contribuye a la retención y sostenibilidad del ejercicio profesional en salud (Kaihlanen et al., 2021).

2.2.4 Expectativas y percepciones sobre la práctica clínica

Las expectativas y percepciones de los estudiantes de kinesiología sobre la práctica clínica evolucionan a lo largo de su formación, siendo moldeadas por factores personales, experiencias previas, la educación recibida y el contacto con el entorno clínico (Nygren-Bonnier et al., 2023; Waiserberg et al., 2024).

Según Nygren-Bonnier et al. (2023), los estudiantes de primer año tienden a tener una visión idealizada del rol profesional, centrada en valores humanistas como la atención centrada en la persona, la salud integral y el deseo de ser modelos a seguir. Estas expectativas se basan en motivaciones personales y experiencias previas con el sistema de salud, reflejando un enfoque ético y relacional.

En contraste, los estudiantes de último año desarrollan una visión más estratégica y realista de su futuro clínico. Reconocen la importancia de la reflexión con los pacientes, el fortalecimiento de competencias, la planificación de metas profesionales y la colaboración interdisciplinaria. Este cambio refleja una transición desde la idealización hacia una profesionalización crítica, influida por la práctica clínica real (Nygren-Bonnier et al., 2023).

Por su parte, Waiserberg et al. (2024) identifican que las preferencias clínicas están fuertemente influenciadas por factores personales y emocionales, agrupados en la categoría “I/Me/My”. Esto incluye intereses individuales, vivencias subjetivas y vínculos afectivos con ciertas áreas o tipos de pacientes. A medida que avanza la formación, también se consideran factores como las condiciones laborales, el equilibrio vida-trabajo y la experiencia acumulada, lo que indica una mayor conciencia sobre la realidad profesional.

Considerando lo anteriormente señalado por este mismo autor, resulta relevante destacar la influencia del currículo, la práctica guiada y los docentes clínicos en la construcción de estas percepciones (Waiserberg et al., 2024). La exposición directa a pacientes permite a los estudiantes validar sus intereses, ajustar expectativas y desarrollar una visión crítica del ejercicio profesional. Un entorno clínico favorable y un adecuado acompañamiento pedagógico son clave para consolidar esta evolución.

En resumen, las expectativas y percepciones clínicas reflejan el grado de madurez profesional del estudiante y evolucionan a lo largo del proceso formativo. Comprender estos cambios es fundamental para diseñar experiencias clínicas más significativas y alineadas tanto con los intereses individuales como con las necesidades del sistema de salud (Nygren-Bonnier et al., 2023; Waiserberg et al., 2024).

2.2.5 Características del aprendizaje en escenarios reales

El aprendizaje en contextos reales como pasantías e internados, es un componente esencial en la formación clínica de estudiantes de kinesiología, ya que no solo fortalece habilidades técnicas, sino que también promueve la reflexión, la construcción identitaria y el desarrollo de relaciones profesionales (Lee & Ahn, 2021; Solvang & Fougner, 2023).

Desde la medicina, Lee y Ahn (2021) destacan que los internados clínicos ofrecen un entorno privilegiado para que los estudiantes enfrenten temores iniciales, exploren su identidad profesional y reflexionen sobre su futuro. La atención directa a pacientes, junto con la supervisión de docentes y residentes, fortalece su competencia clínica y su confianza, al tiempo que les proporciona apoyo emocional y guía para tomar decisiones de carrera informadas.

En el ámbito de la kinesiología, Solvang y Fougner (2023) enfatizan que el contacto directo con pacientes reales impulsa el aprendizaje de comportamientos profesionales, especialmente en lo que respecta a la práctica centrada en la persona. Las experiencias clínicas permiten a los estudiantes ajustar su lenguaje, actitud y estrategias de intervención según el contexto sociocultural, favoreciendo también la reflexión sobre sus propias limitaciones y competencias.

Además, el tipo de entorno clínico influye en la posibilidad de aplicar modelos centrados en la persona. Mientras que los servicios ambulatorios tienden

a facilitar este enfoque gracias a su carácter colaborativo y menor presión institucional, los hospitales y atenciones domiciliarias pueden restringirlo por su estructura jerárquica y limitaciones de tiempo, dificultando la autonomía del estudiante (Solvang & Fougner, 2023).

En conjunto, ambos estudios coinciden en que el aprendizaje clínico no es solo una instancia técnica, sino un proceso formativo integral. Requiere que los estudiantes negocien su rol, integren teoría y práctica, y desarrollen un estilo profesional propio. Por ello, se recomienda que los programas clínicos promuevan la reflexión crítica, la supervisión activa y la colaboración horizontal como claves para transformar el entorno clínico en un espacio de aprendizaje significativo (Lee & Ahn, 2021; Solvang & Fougner, 2023).

2.2.6 Tutoría clínica y su influencia en la experiencia

La tutoría clínica es un componente esencial en la formación de estudiantes de salud durante sus prácticas profesionales, ya que facilita la integración entre teoría y práctica, especialmente en entornos clínicos con barreras estructurales o pedagógicas. El tutor clínico actúa como guía en el desarrollo de habilidades, razonamiento clínico e identidad profesional (Awiagah et al., 2024; Mathisen et al., 2023).

Según Awiagah et al. (2024), una tutoría efectiva potencia la adquisición de competencias y la independencia del estudiante. Sin embargo, en el contexto ghanés, su implementación enfrenta obstáculos como la sobrecarga de alumnos, falta de recursos, actitudes negativas del personal clínico y ausencia de retroalimentación estructurada. El estudio destaca la necesidad de fortalecer la coordinación entre instituciones educativas y clínicas, e implementar programas de formación y reconocimiento para tutores clínicos.

Por su parte, Mathisen et al. (2023), desde el contexto noruego, destacan el rol del facilitador de educación práctica, quien cumple funciones clínicas y académicas. Esta figura mejora la experiencia de estudiantes y tutores al promover una supervisión reflexiva, facilitar el vínculo teoría-práctica y crear espacios seguros para el aprendizaje. Su participación activa permite detectar dificultades a tiempo, personalizar el acompañamiento y fomentar una cultura de retroalimentación positiva.

Además, los facilitadores fortalecen la autoconfianza de los tutores, favorecen el trabajo colaborativo y promueven una visión del error como parte del proceso formativo. No obstante, su efectividad depende del respaldo institucional, la disponibilidad de tiempo y la claridad en sus funciones (Mathisen et al., 2023).

En conjunto, ambos estudios coinciden en que la tutoría clínica debe ser reconocida como una práctica profesional clave, con formación específica y apoyo estructural. Su impacto se refleja en un aprendizaje más ético, reflexivo y seguro, con beneficios duraderos tanto para los estudiantes como para la calidad del ejercicio profesional futuro (Awiagah et al., 2024; Mathisen et al., 2023). No obstante, la eficacia de esta tutoría y del aprendizaje clínico se pone a prueba especialmente ante condiciones de alta incertidumbre. Una vez comprendido el contexto educativo, resulta necesario profundizar en el fenómeno clínico específico que desafía estas competencias: la complejidad multidimensional de la fibromialgia.

2.3 Atención de pacientes con fibromialgia (situación específica del fenómeno)

2.3.1 Complejidad de la fibromialgia

La fibromialgia (FM) es un síndrome clínico complejo caracterizado por dolor musculoesquelético crónico y generalizado, acompañado de síntomas como

fatiga, alteraciones del sueño, disfunción cognitiva, ansiedad y depresión. Esta presentación sintomática variada refleja una fisiopatología multifactorial en la que interactúan mecanismos neuroquímicos, inmunológicos, endocrinos y genéticos (Jurado-Priego et al., 2024).

Desde una perspectiva neurofisiológica, se ha documentado una disfunción en el procesamiento del dolor, destacando la sensibilización central. Esta se ve favorecida por el aumento de neurotransmisores excitatorios como la sustancia P y el glutamato, y por una reducción de serotonina y norepinefrina en las vías inhibitoras del dolor. Además, se observan alteraciones cognitivas asociadas, como déficits atencionales, de memoria y de funciones ejecutivas, lo que sugiere una interacción entre sistemas nociceptivos y procesos cognitivos (García & Abud, 2020).

En el ámbito inmunológico, se ha identificado un desequilibrio entre citocinas proinflamatorias y antiinflamatorias, lo que plantea la posible presencia de neuroinflamación central. También se han encontrado asociaciones genéticas con ciertos polimorfismos (COMT, CCL11, CCL4, MEFV) que podrían aumentar la vulnerabilidad a desarrollar la enfermedad (García & Abud, 2020).

El diagnóstico de la fibromialgia sigue siendo un desafío debido a la ausencia de biomarcadores específicos. Por ello, se recurre a escalas clínicas y cuestionarios, lo que introduce incertidumbre en el proceso diagnóstico y refuerza la necesidad de una evaluación clínica cuidadosa y multidimensional (Jurado-Priego et al., 2024).

En cuanto al tratamiento, se recomienda un enfoque multidisciplinario que combine intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. La fisioterapia cumple un rol clave, siendo respaldadas por la evidencia terapias como el ejercicio físico (en tierra o en agua), electroterapia, terapia manual y estimulación

transcraneal no invasiva, todas ellas con impacto positivo en la calidad de vida del paciente (Jurado-Priego et al., 2024).

Finalmente, se enfatiza que la fibromialgia debe ser comprendida como una condición de alta complejidad clínica y social, que exige un enfoque integral, centrado en la persona, y alejado de visiones biomédicas reduccionistas. Este enfoque considera las múltiples dimensiones del sufrimiento humano y promueve prácticas sensibles y humanizadas en su atención (Cupit, Finlay & Pope, 2025; Vázquez-Canales et al., 2024).

2.3.2 Interacciones clínicas con pacientes con fibromialgia

Las interacciones clínicas entre profesionales de la salud y personas con fibromialgia se desarrollan en un contexto de ambigüedad diagnóstica, tensiones relacionales y estigmatización. La ausencia de marcadores biológicos y la predominancia de síntomas subjetivos desafían los modelos biomédicos tradicionales, lo que condiciona la percepción que los profesionales tienen de estos pacientes (Ghio et al., 2024; Vázquez-González et al., 2025).

Ghio et al. (2024) reportan que más de la mitad del personal sanitario encuestado expresó incomodidad o desmotivación al atender a personas con fibromialgia, debido a la falta de herramientas terapéuticas eficaces y al limitado conocimiento clínico sobre el síndrome. Esta percepción negativa afecta la calidad de la atención y es más pronunciada entre médicos que entre otros profesionales de salud, generando sesgos que deterioran la relación terapéutica.

Complementariamente, Vázquez-González et al. (2025) señalan que las personas con fibromialgia suelen ser vistas como “pacientes difíciles”, cuyas quejas son recibidas con escepticismo o minimizadas. Esta estigmatización se basa en estereotipos de género y en prejuicios hacia el dolor no objetivable, lo que lleva a una deslegitimación constante de su sufrimiento y dificulta la construcción

de una alianza terapéutica. La falta de formación específica y la atribución de los síntomas a causas psicológicas agravan esta situación.

Ambos estudios coinciden en que estas interacciones se desarrollan en un ambiente de incertidumbre y frustración, generando una atención fragmentada que no responde adecuadamente a las necesidades de los pacientes y que puede intensificar su sensación de abandono institucional (Ghio et al., 2024; Vázquez-González et al., 2025).

Ante este panorama, se hace necesario transformar la formación clínica para incluir una comprensión más amplia del dolor crónico y de condiciones tradicionalmente desatendidas como la fibromialgia. Se propone avanzar hacia modelos de atención centrados en la persona, que reconozcan la experiencia subjetiva del paciente y promuevan la empatía, el diálogo clínico y la colaboración interdisciplinaria (Cupit, Finlay & Pope, 2025; González-Gil et al., 2019).

Estas dinámicas no solo afectan la calidad de la atención, sino que también configuran el entorno de aprendizaje del internado, influyendo en cómo los estudiantes construyen su rol clínico, su identidad profesional y sus actitudes hacia el dolor crónico no objetivable.

2.3.3 Dificultades percibidas por los estudiantes

Las personas con fibromialgia suelen enfrentar experiencias clínicas marcadas por el estigma, la desconfianza y la falta de personalización en sus tratamientos. Estas percepciones negativas como la creencia de que exageran sus síntomas o son difíciles de tratar, persisten en los entornos clínicos, afectando no solo la calidad de la atención, sino también la formación de los estudiantes de ciencias de la salud que deben desenvolverse en medio de estos prejuicios (Vázquez-González et al., 2025; Ghio et al., 2024).

Este escenario se agrava por la deslegitimación social del sufrimiento que experimentan quienes viven con fibromialgia, lo que genera una sensación de abandono clínico y dificulta el establecimiento de vínculos terapéuticos efectivos. Para los estudiantes, enfrentar estos casos puede ser una fuente de frustración e inseguridad, especialmente cuando perciben que carecen de herramientas adecuadas para abordar el dolor crónico complejo, lo que aumenta su dependencia del tutor clínico (Cupit, Finlay & Pope, 2025; McGivern et al., 2025).

Además, es común que los pacientes experimenten emociones negativas durante las intervenciones terapéuticas cuando estas no se adaptan a su situación real, como ocurre con la prescripción de ejercicio físico sin ajustes personalizados. Estas experiencias pueden deteriorar la confianza del paciente y dificultar la adherencia al tratamiento, influyendo también en la percepción de los estudiantes que observan o participan en dichas interacciones (Hu et al., 2025).

En conjunto, estas dificultades evidencian la necesidad de una formación clínica más crítica, empática y centrada en la persona. Es esencial que los programas educativos promuevan una comprensión profunda del dolor crónico, validen la experiencia del paciente y fortalezcan las habilidades comunicacionales de los futuros profesionales para favorecer una atención ética y humanizada (Cupit, Finlay & Pope, 2025; Vázquez-Canales et al., 2024; McGivern et al., 2025).

De ahí la necesidad de dispositivos formativos que integren validación del sufrimiento, ajuste de intervenciones y espacios de reflexión guiada para sostener el aprendizaje en escenarios de alta incertidumbre.

2.3.4 Barreras y facilitadores en el proceso de atención a personas con fibromialgia

La atención a personas con fibromialgia se ve obstaculizada por múltiples barreras estructurales, institucionales y emocionales. Estudios cualitativos han

evidenciado que la estigmatización por parte del personal de salud, quienes a menudo cuestionan la legitimidad del sufrimiento, afecta gravemente la relación terapéutica. Esta situación se ve agravada por la falta de formación específica sobre fibromialgia en los niveles de pregrado y posgrado, lo que limita la capacidad diagnóstica y terapéutica del equipo clínico (Cupit et al., 2025; Otón et al., 2024). La incertidumbre diagnóstica, la ausencia de biomarcadores y la tendencia a psicologizar los síntomas refuerzan la desconfianza entre pacientes y profesionales (Cupit et al., 2025; Otón et al., 2024).

Otro obstáculo importante es la desigualdad en el acceso a recursos adecuados, como intervenciones interdisciplinarias, seguimiento clínico y programas comunitarios. Muchos pacientes, tras recibir el diagnóstico, abandonan el tratamiento debido a la falta de respuestas clínicas efectivas y coordinadas, lo que genera frustración y una sensación persistente de desamparo (Otón et al., 2024).

Pese a estas dificultades, se han identificado elementos que actúan como facilitadores de una atención más efectiva. Entre ellos destaca la implementación de modelos centrados en la persona, que reconocen las vivencias individuales, fomentan la autonomía del paciente y abordan el sufrimiento desde una perspectiva integral (Cupit et al., 2025). Además, la educación en salud, la validación del diagnóstico y el acompañamiento profesional fortalecen la adherencia al tratamiento y reducen la sensación de aislamiento (Otón et al., 2024). Las redes de apoyo comunitario, como los grupos de pares, también aportan estrategias valiosas de afrontamiento emocional y fortalecen el sentido de pertenencia (Cupit et al., 2025).

En resumen, el abordaje de la fibromialgia requiere enfoques multidimensionales que integren componentes clínicos, sociales, culturales y emocionales, reconociendo la complejidad de vivir con esta condición (Cupit, Finlay & Pope, 2025; Vázquez-Canales et al., 2024; Otón et al., 2024). Dada esta

naturaleza subjetiva, ambigua y profundamente humana de la patología y su impacto en el estudiante, un enfoque biomédico tradicional resulta insuficiente para investigarla. Esta limitación justifica la adopción del siguiente marco filosófico y epistemológico, diseñado para captar la profundidad de la experiencia vivida.

2.4 Marco filosófico y posicionamiento epistemológico

2.4.1 *Enfoque epistemológico: interpretación y construcción de significados*

Esta investigación se enmarca en el paradigma interpretativo-constructivista, que sostiene que la realidad no es objetiva ni universal, sino que se construye a través de los significados que las personas otorgan a sus experiencias en contextos sociales específicos. Este enfoque permite explorar fenómenos complejos como la atención clínica a personas con fibromialgia, integrando no solo aspectos técnicos, sino también dimensiones relacionales, éticas y emocionales propias de la formación en kinesiología (Dadich & Best, 2024; Gastelurrutia, 2025).

Desde esta mirada, el conocimiento es contextual y se genera a través de la interacción constante con otros actores y con las estructuras institucionales. Por ello, se valoriza el punto de vista de los propios participantes y sus interpretaciones sobre la práctica clínica, lo que resulta clave para comprender cómo se construye el aprendizaje profesional en escenarios reales.

2.4.2 *Perspectiva fenomenológica: comprender las experiencias vividas*

En coherencia con el paradigma interpretativo-constructivista del estudio, se adopta una fenomenología descriptiva como enfoque metodológico, atendiendo a la tradición husserliana y operacionalizada mediante el método de Colaizzi. Esta elección resulta consistente con la necesidad de mantener coherencia entre paradigma, pregunta de investigación y estrategia metodológica, especialmente

cuando se busca comprender experiencias vividas desde la perspectiva de quienes las experimentan (Creswell & Poth, 2018). Esta perspectiva busca describir la esencia de la experiencia vivida por estudiantes de kinesiología durante su internado profesional, sin imponer marcos explicativos previos, privilegiando la intencionalidad y el sentido que los propios participantes atribuyen a sus vivencias en contextos clínicos complejos como la atención a personas con fibromialgia (Solvang & Fougner, 2023).

Este enfoque se centra en comprender y describir los significados que los participantes asignan a sus experiencias clínicas, más que interpretarlos desde teorías externas, reconociendo que dichas vivencias influyen tanto en el desarrollo de competencias clínicas como en la configuración de la identidad profesional y en la actitud ética frente al cuidado (Vázquez-Canales et al., 2024). En términos procedimentales, ello se traduce en una lectura exhaustiva de las transcripciones, la extracción de unidades de significado, su formulación y agrupación temática, y la validación con participantes (*member checking*), con registro reflexivo del proceso analítico propio del método de Colaizzi.

Además, situaciones clínicas marcadas por alta incertidumbre diagnóstica y baja validación del dolor, como ocurre en la fibromialgia, se constituyen en eventos formativos que impactan profundamente a quienes se encuentran en proceso de formación, generando aprendizajes significativos tanto en el plano profesional como personal (Roth Damas et al., 2021). La fenomenología descriptiva permite dar voz a estas experiencias, resguardar su espesor contextual y ofrecer una descripción densa que favorezca la transferibilidad de los hallazgos a escenarios formativos similares.

2.4.3 Perspectiva socioconstruccionista: influencia de los discursos y jerarquías

Desde una perspectiva socioconstruccionista, se analiza cómo los discursos biomédicos, las jerarquías profesionales y las prácticas institucionales moldean la construcción del rol clínico e identidad profesional de los estudiantes de kinesiología. En este marco, la fibromialgia, históricamente deslegitimada, aparece como un diagnóstico especialmente afectado por estas dinámicas (Cupit, Finlay & Pope, 2025; Otón et al., 2024).

Las investigaciones señalan que existe una organización social del descuido hacia las personas con fibromialgia, manifestada en la omisión, el escepticismo y la fragmentación del abordaje clínico. Esta situación no solo condiciona la percepción que los estudiantes desarrollan sobre esta condición, sino que también afecta sus decisiones clínicas, generando tensiones entre los aprendizajes teóricos y las realidades observadas en los entornos asistenciales (Vázquez-González et al., 2025; Muñoa-Capron-Manieux & Gandarias-Olaran, 2022).

2.4.4 Ética del cuidado: sensibilidad y compromiso en la formación clínica

Esta investigación se sustenta en una ética del cuidado, entendida como una perspectiva relacional y crítica que reconoce la vulnerabilidad del otro como un llamado ético a la acción. Desde esta postura, se propone superar una visión puramente técnica del quehacer clínico, promoviendo una actitud empática, sensible y respetuosa frente al sufrimiento humano (Aguilar-Rodríguez et al., 2021; Yuan et al., 2023).

En el caso de la atención a personas con fibromialgia, las interacciones clínicas se ven marcadas por barreras institucionales, diagnósticos inciertos y tratamientos frustrantes. Estas condiciones generan una demanda constante de

validación del dolor, lo que convierte estas experiencias en oportunidades para la reflexión ética. Sin embargo, estos aspectos suelen estar ausentes en los currículos formativos, a pesar de su profundo impacto en la subjetividad y desarrollo ético del estudiante (Muñoa-Capron-Manieux & Gandarias-Olaran, 2022).

2.4.5 Construcción identitaria y aprendizaje situado en el internado

Desde una mirada constructivista del aprendizaje profesional, la identidad del kinesiólogo se entiende como un proceso progresivo y situado, que se construye mediante la tutoría clínica, la experiencia directa y el contacto con casos complejos. En este contexto, el internado profesional se convierte en un hito formativo clave, al confrontar al estudiante con los desafíos reales del cuidado en salud y promover una integración reflexiva del conocimiento (Kaihlanen et al., 2021).

En particular, la atención a pacientes con necesidades complejas, como quienes viven con fibromialgia, puede generar tensiones éticas y clínicas para los estudiantes. No obstante, investigaciones muestran que estas situaciones también representan oportunidades significativas de aprendizaje, al favorecer la consolidación de una identidad profesional más empática, ética y contextualizada (McGivern et al., 2025).

2.4.6 Síntesis integradora del posicionamiento

Este marco filosófico ofrece una comprensión crítica y contextual del fenómeno estudiado. Integra experiencias, aspectos socioculturales y éticos en la formación clínica, especialmente en condiciones como la fibromialgia, que desafían conocimientos previos y obligan a los estudiantes a adoptar una actitud sensible, reflexiva y ética. Esta perspectiva se alinea con los principios de la

investigación cualitativa en salud y enfrenta los retos actuales de la educación en kinesiología.

Asimismo, este posicionamiento filosófico-epistemológico se articula con resguardos éticos propios del estudio: la participación voluntaria de los estudiantes y la ausencia de vínculo evaluativo vigente entre el investigador y los participantes, a fin de evitar sesgos de poder. Del mismo modo, se incorporan criterios de rigor cualitativo como la reflexividad del investigador y la transferibilidad de los hallazgos a contextos formativos similares, lo que refuerza la credibilidad, la relevancia y el aporte pedagógico del estudio.

Figura 1

Mapa conceptual de la articulación entre formación clínica, contexto y fibromialgia



Nota. El diagrama sintetiza los tres ejes teóricos abordados en el capítulo y su convergencia en el problema de estudio. Fuente: Elaboración propia basada en la revisión bibliográfica.

CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque metodológico y diseño del estudio

El presente estudio adoptó un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico descriptivo, adecuado para explorar en profundidad las experiencias vividas por estudiantes de la carrera de Kinesiología durante su internado profesional, específicamente en la atención de personas con fibromialgia. Este enfoque permitió comprender los significados atribuidos por los propios participantes a situaciones clínicas complejas, integrando aspectos emocionales, éticos y formativos (Streubert & Carpenter, 2011; Cernja et al., 2022).

Se privilegió este diseño por su pertinencia para captar la dimensión subjetiva de la experiencia clínica, la cual no podía ser abordada con fidelidad mediante instrumentos cuantitativos. La naturaleza del fenómeno requirió atender a los relatos personales, al juicio clínico emergente y a los desafíos comunicacionales y profesionales que configuraron estas vivencias.

3.2 Rol del investigador

El investigador adoptó un rol participante de inmersión parcial en el contexto del estudio, lo que permitió una cercanía suficiente para comprender en profundidad el fenómeno investigado, pero sin confundirse con la vivencia estudiantil directa del internado (Breen, 2007). Esta postura, coherente con el enfoque fenomenológico, facilitó captar e interpretar con sensibilidad las experiencias narradas por los participantes, maximizando las ventajas y minimizando los sesgos de ambas orillas del rol investigador (Breen, 2007).

3.3 Participantes: criterios de inclusión, exclusión y estrategia de muestreo

Se empleó un muestreo intencional (purposive sampling), seleccionando participantes que cumplieran criterios específicos de relevancia para el fenómeno estudiado, considerando diversidad en género, centros clínicos y trayectorias

formativas (Creswell & Poth, 2018). Los criterios de inclusión fueron los siguientes::

- Ser estudiante de la carrera de Kinesiología que haya cursado su internado profesional.
- Haber atendido, al menos una vez, a una persona con diagnóstico de fibromialgia durante su internado profesional en el año 2025.
- Haber finalizado dicho internado al momento de participar en el estudio.

Criterios de exclusión. Se excluyeron aquellos estudiantes que hubieran sido evaluados o supervisados directamente por el investigador responsable durante su internado, con el fin de resguardar la voluntariedad y evitar cualquier percepción de coerción. Asimismo, no pudieron participar quienes se encontraban aún cursando el internado profesional al momento de la recolección de datos, ya que las entrevistas se realizaron únicamente una vez finalizado dicho proceso formativo.

El tamaño muestral se determinó bajo el criterio de saturación de datos, operacionalizada como el punto en que la recolección de nueva información dejaba de aportar códigos adicionales o matices nuevos, confirmando la redundancia de los hallazgos (Saunders et al., 2018; Streubert & Carpenter, 2011). En el enfoque fenomenológico, esta saturación no se determinó por cantidad, sino por profundidad; es decir, por la repetición y densidad de temas esenciales que permitieron comprender la vivencia desde la perspectiva de los participantes (Streubert & Carpenter, 2011). Esta lógica inductiva respaldó la elección de muestras pequeñas, pero ricas en contenido, que permitieron acceder al significado de la experiencia vivida. Tal como señalaron Creswell y Poth (2018), en estudios fenomenológicos la saturación suele alcanzarse con entre 6 y 15 participantes, dependiendo de la homogeneidad del grupo y la complejidad del fenómeno.

3.4 Acceso a los participantes y contexto del estudio

El estudio se desarrolló en el contexto de los campos clínicos universitarios de la carrera de Kinesiología de la Universidad de Las Américas (UDLA) durante el año 2025. El acceso institucional estuvo respaldado por una carta de intención de apoyo del Director Académico del Campus, lo que aseguró el aval formal para su implementación.

Para resguardar la voluntariedad y evitar cualquier percepción de coerción, las entrevistas se llevaron a cabo únicamente una vez finalizado el internado profesional, asegurando que el investigador no mantuviera vínculo evaluativo vigente con los participantes. La invitación inicial fue gestionada exclusivamente por personal administrativo o de coordinación académica, externo al equipo docente evaluador, incorporando así una mediación institucional que reforzó la independencia del proceso de reclutamiento. De este modo, se mitigó el posible sesgo institucional y se garantizó que la decisión de participar fuera completamente libre. Asimismo, se estableció confidencialidad estricta y anonimato irreversible mediante codificación alfanumérica y tratamiento seguro de los datos, asegurando que la participación no tuviera consecuencias académicas de ningún tipo.

Las entrevistas semiestructuradas fueron aplicadas por el investigador en salas privadas y neutrales (por ejemplo, sala de reuniones o biblioteca del campus), fuera de los boxes clínicos y del entorno inmediato de supervisión. El investigador no mantuvo ningún vínculo evaluativo vigente con los participantes, lo que garantizó un espacio libre de coerción y reforzó la confidencialidad, la comodidad y el resguardo ético de quienes decidieron participar.

3.5 Instrumento de recolección de datos

Se utilizaron entrevistas semiestructuradas como método de recolección de datos (duración estimada: 45–60 minutos). Este tipo de entrevista permitió explorar en profundidad las experiencias subjetivas de los participantes,

manteniendo una estructura flexible que facilitó el desarrollo de un diálogo fluido, adaptado al ritmo y al contenido emergente en la conversación (Streubert & Carpenter, 2011).

La entrevista semiestructurada favoreció el acceso a los significados atribuidos por los estudiantes a sus vivencias clínicas, constituyéndose en una herramienta metodológicamente coherente con el enfoque fenomenológico del estudio (Creswell & Poth, 2018; Zou et al., 2024). Además, demostró ser eficaz para indagar fenómenos complejos en el ámbito formativo y clínico, como la atención a personas con dolor persistente durante las prácticas profesionales en salud, al facilitar una interacción profunda, reflexiva y situada con los participantes (Zou et al., 2024).

El instrumento de entrevista semiestructurada fue sometido a un proceso de validación de contenido mediante juicio de expertos, realizado por dos profesionales del área de salud mental pertenecientes a la misma institución universitaria, con experiencia en análisis cualitativo y acompañamiento psicológico en contextos educativos. Este procedimiento permitió evaluar la claridad, pertinencia y coherencia de las preguntas con los objetivos del estudio, además de anticipar y mitigar posibles efectos emocionales en los participantes. Como resultado, se realizaron ajustes menores en la redacción de algunas preguntas para reforzar su adecuación ética y metodológica.

Las entrevistas fueron aplicadas por el investigador en salas privadas y neutrales (por ejemplo, sala de reuniones o biblioteca del campus), fuera de los boxes clínicos y del entorno inmediato de supervisión. El investigador no mantuvo ningún vínculo evaluativo vigente con los participantes, lo que garantizó un espacio libre de coerción y reforzó la confidencialidad, la comodidad y el resguardo ético de quienes decidieron participar.

De manera complementaria, se empleó un diario reflexivo del investigador, destinado a registrar percepciones, emociones y posibles sesgos durante la recolección y el análisis de datos. Este instrumento no generó información de los

participantes, pero aportó transparencia y rigor al proceso, en coherencia con los criterios de reflexividad propios de la investigación cualitativa.

3.6 Análisis de datos

El análisis se llevó a cabo siguiendo el método fenomenológico de Colaizzi (1978), ampliamente reconocido en investigaciones cualitativas orientadas a comprender y describir las experiencias vividas desde la perspectiva de los participantes, y posteriormente retomado en desarrollos metodológicos de la fenomenología descriptiva (Morrow et al., 2015). Este enfoque fue complementado con las orientaciones de Hansen (2006) sobre manejo y reducción de datos en investigación cualitativa en salud. El análisis de los datos se realizó de forma manual, sin apoyo de software especializado.

El proceso fue sistemático, ordenado y no lineal, con una interacción continua entre recolección, transcripción, análisis y validación, asegurando un equilibrio entre la relación con los participantes y el rigor metodológico. A continuación, se describieron las etapas del manejo de datos:

3.6.1 Manejo de datos

- Grabación de las entrevistas: Cada entrevista se registró en audio digital de alta calidad, utilizando un dispositivo seguro para preservar la fidelidad de las expresiones y matices del discurso.
- Notas de campo: Durante y después de cada entrevista, el investigador elaboró notas de observación y reflexiones contextuales que aportaron matices a la interpretación posterior.
- Almacenamiento de datos: Los archivos de audio fueron almacenados temporalmente en carpetas encriptadas y protegidas con contraseña en la computadora del investigador. Una vez transcritas y validadas, las grabaciones de audio fueron eliminadas de manera definitiva y segura. Las transcripciones anonimizadas se conservaron por un periodo máximo de cinco años en un archivo encriptado y con acceso exclusivo

del investigador responsable. Transcurrido este periodo, todos los archivos fueron eliminados conforme a los protocolos éticos institucionales.

3.6.2 *Recuperación y transcripción*

- Transcripción verbatim: Todo el contenido de la entrevista fue transcrito de manera literal, conservando el lenguaje original, las pausas, las entonaciones y las expresiones no verbales significativas.
- Numeración secuencial: Cada oración o fragmento significativo fue numerado con dígitos arábigos consecutivos para permitir la trazabilidad y facilitar la relación entre fragmentos originales, códigos y categorías posteriores.

3.6.3 *Lectura intensiva y extracción de unidades de significado*

- Lectura holística: Se realizó una revisión completa de la transcripción para obtener una comprensión global del relato.
- Identificación de unidades relevantes: Se subrayaron y marcaron fragmentos que respondían directa o indirectamente a la pregunta de investigación, buscando captar la esencia de la experiencia narrada.

3.6.4 *Reducción y reformulación de datos (Hansen, 2006)*

Este proceso tiene como finalidad destilar el contenido narrativo en significados centrales, sin perder la voz del participante:

- Frase original: Se mantuvo la cita textual tal como fue expresada por el participante.
- Reformulación: Se redactó la idea en un lenguaje más claro para el investigador, conservando el sentido original.

- Interpretación: Se explicó lo que esa frase significaba en el contexto del fenómeno estudiado, vinculándola con la pregunta de investigación.
- Código: Se sintetizó en una palabra o frase corta el significado esencial.
- Priorización: Se organizaron los códigos según su relevancia, profundidad y frecuencia de aparición, para destacar aquellos que aportaron mayor riqueza interpretativa al estudio.

3.6.5 Agrupación temática y formulación de estructuras significativas

- Codificación abierta: Se revisaron todos los códigos para identificar patrones, similitudes y contrastes.
- Categorización temática: Se agruparon los códigos en temas y subtemas que representaron dimensiones clave de la experiencia vivida.
- Estructuras significativas: Se construyeron descripciones integradas que dieron cuenta del significado esencial de cada tema, articulando contenido y contexto.

3.6.6 Validación con participantes (member checking)

Para asegurar la credibilidad y la fidelidad de la interpretación, se implementó una estrategia de comprobación con los participantes (member checking), entendida como una técnica de validación cualitativa orientada a contrastar la resonancia y precisión de los hallazgos con la experiencia de quienes participaron en el estudio (Birt et al., 2016). Este procedimiento consistió en el envío de un “Paquete de devolución de hallazgos” a la totalidad de la muestra, documento que sintetizó las 6 categorías axiales y las 26 subcategorías emergentes del análisis.

De los 10 participantes contactados, se obtuvo respuesta efectiva de 6, quienes revisaron esta síntesis y respondieron cuatro preguntas clave orientadas a

confirmar si los hallazgos representaban su experiencia, identificar aspectos que requirieran matices y detectar posibles omisiones. Este proceso permitió validar que la estructura propuesta reflejaba fielmente la vivencia estudiantil y facilitó el refinamiento de la interpretación en aquellas categorías en las que los participantes aportaron precisiones contextuales (como ocurrió en el caso de las tensiones en el encuentro clínico), asegurando así que los resultados finales no fueran solo una construcción teórica del investigador, sino también un reflejo co-construido de la realidad vivida.

3.6.7 Construcción de la narrativa comprensiva y ética del fenómeno

- **Presentación narrativa:** Los resultados se expusieron de forma narrativa, acompañados de citas textuales ilustrativas que respaldaron cada tema identificado.
- **Integración teórica:** Se articularon los hallazgos con la literatura existente y el marco filosófico del estudio.
- **Reflexión ética:** Se incluyó un análisis sobre cómo las dinámicas del contexto clínico y la posición del investigador influyeron en la construcción de significado.

3.6.8 Elementos de rigor tenidos en cuenta en la investigación

Para asegurar la calidad metodológica, el proceso se documentó exhaustivamente:

- **Bitácora analítica:** Se llevó un registro detallado de decisiones, cambios en la codificación, reflexiones del investigador y criterios utilizados para la saturación de datos.
- **Trazabilidad:** Se mantuvo la capacidad de seguir el recorrido de cada unidad de significado desde su origen (transcripción) hasta su integración final en una categoría o estructura esencial.
- **Transferibilidad:** Los hallazgos de este estudio no pretendieron ser generalizables en términos estadísticos, sino transferibles a

contextos formativos similares. Para favorecer dicha transferibilidad, se proporcionó una descripción densa del escenario, los participantes y los procedimientos, de manera que otros investigadores y docentes pudieran valorar la aplicabilidad de los resultados en entornos comparables (Lincoln & Guba, 1985).

3.6.9 Reflexividad y trazabilidad del investigador

Para asegurar transparencia y rigor, el investigador mantuvo un diario reflexivo posterior a cada entrevista, registrando percepciones personales, emociones y posibles sesgos que pudieran influir en la interpretación de los datos. Asimismo, se elaboró un *audit trail* o registro sistemático de las decisiones metodológicas y analíticas (definiciones de códigos, modificaciones al guion, criterios de saturación y síntesis temática). Estas prácticas permitieron aportar trazabilidad, coherencia interna y credibilidad a los hallazgos, fortaleciendo la confianza en la interpretación del fenómeno (Lincoln & Guba, 1985; Nowell, Norris, White, & Moules, 2017).

3.6.10 Confidencialidad y manejo de datos

Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas textualmente. Una vez validadas las transcripciones, los archivos de audio fueron eliminados de manera definitiva y segura. Las transcripciones anonimizadas se conservarán por un máximo de cinco años en un archivo encriptado, protegido con contraseña y con acceso exclusivo del investigador responsable. La tabla de vínculo (identidad–seudónimo) se almacenará por separado del corpus de transcripciones. Transcurrido el periodo de conservación, todos los archivos serán eliminados conforme a los protocolos éticos institucionales. La presentación de resultados se realizó siempre de forma agregada y no identificable, resguardando la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

3.7 Consentimiento informado y resguardo ético

Aprobación ética del estudio. El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité Ético-Científico de la Universidad Finis Terrae (CEC-UFT; **ID Protocolo 25-073**, sesión N.º 18, **08 de septiembre de 2025**) y por el Comité Ético-Científico de la Universidad de Las Américas (CEC-UDLA; **ID Proyecto CEC_FP_2025039**, **27 de octubre de 2025**). Los documentos de aprobación se adjuntan como **Anexo III** (CEC-UFT) y **Anexo IV** (CEC-UDLA).

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado por escrito (**Anexo V**), el cual fue entregado por un académico externo al equipo docente del internado, en una reunión individual o grupal, presencial o virtual. Este documento incluyó los objetivos del estudio, los procedimientos, los beneficios esperados, los riesgos potenciales, las medidas de apoyo emocional institucional y las garantías éticas fundamentales..

Previo a la firma, los participantes recibieron una carta de invitación personalizada a través de su correo electrónico institucional, enviada por la secretaría académica o por un profesional externo al equipo docente. Esta invitación se envió una vez finalizado el internado profesional, con el fin de evitar cualquier influencia evaluativa o conflicto de interés. En ella se incluyó información breve sobre el estudio, las actividades esperadas (entrevista semiestructurada y diario reflexivo), los tiempos aproximados de participación y los datos de contacto del investigador para resolver dudas antes de decidir participar.

Posteriormente, se coordinó una reunión presencial o virtual en la que el académico externo explicó el contenido del consentimiento informado, respondió preguntas y verificó la comprensión de los participantes. Si el participante aceptaba, se procedía a la firma del consentimiento antes de iniciar cualquier recolección de datos.

3.7.1 Riesgos y beneficios

El único riesgo previsto correspondió a la posibilidad de malestar emocional leve, derivado de la evocación de experiencias clínicas exigentes durante la entrevista. No se contemplaron riesgos físicos ni clínicos. Para mitigar esta situación, el investigador fue capacitado en la detección temprana de signos de incomodidad, ofreció contención inmediata y, en caso necesario, derivación a los servicios de apoyo psicológico institucional (CAPSI).

La inclusión de participantes se limitó a estudiantes que ya habían finalizado su internado profesional y que no habían sido supervisados ni evaluados directamente por el investigador responsable, evitando así cualquier percepción de coerción o desequilibrio de poder. Asimismo, el reclutamiento fue gestionado por personal administrativo externo al equipo docente del internado.

De este modo, se aseguró una relación riesgo–beneficio favorable: los posibles malestares fueron mínimos y transitorios, mientras que los beneficios incluyeron oportunidades reflexivas para los participantes, aprendizajes pedagógicos y aportes significativos para el mejoramiento curricular y de la tutoría clínica.

Este estudio se guio por los ocho criterios éticos para la investigación en seres humanos propuestos por Emanuel, Wendler y Grady (2000), los cuales fueron adaptados a la naturaleza cualitativa, educativa y formativa del presente trabajo:

1. **Valor social:** El estudio buscó contribuir al conocimiento sobre la formación clínica de estudiantes de Kinesiología, abordando una problemática relevante como la atención a personas con fibromialgia, lo que pudo informar mejoras curriculares y en tutoría clínica.
2. **Validez científica:** Se utilizó un diseño fenomenológico riguroso y técnicas validadas (entrevistas semiestructuradas como fuente principal de datos y diario reflexivo del investigador como recurso de rigor metodológico), con

un análisis basado en el método de Colaizzi y estrategias de validación como *member checking*.

3. **Selección equitativa de los participantes:** La muestra fue intencional, heterogénea y representativa del fenómeno de estudio, considerando criterios como diversidad de género, centros clínicos y trayectorias académicas. Para resguardar la autonomía, el investigador responsable no participó en el reclutamiento, el cual fue gestionado por un académico o secretaria administrativa externa al equipo docente.

El investigador se desempeñó como tutor clínico en la institución; sin embargo, de acuerdo con los criterios de exclusión, no pudieron participar estudiantes que hubieran sido supervisados o evaluados directamente por él durante su internado profesional, asegurando así la ausencia de vínculo evaluativo vigente. Las entrevistas se realizaron en un contexto neutral y sin jerarquía activa, aclarando explícitamente que la participación no influyó en evaluaciones académicas ni clínicas. Se emplearon estrategias de entrevista que equilibraron cercanía y rigor metodológico, favoreciendo un clima de confianza y apertura narrativa (DeJonckheere & Vaughn, 2019). Además, el investigador contó con formación en docencia universitaria, tutoría clínica, y evaluación y tratamiento de personas con dolor persistente, lo que fortaleció su capacidad para comprender las vivencias estudiantiles desde una mirada pedagógica y clínica integral. Esta formación se consolidó a través del Magíster en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud, programa que promovió el aprendizaje significativo, el razonamiento clínico, la evaluación tutorial y la investigación formativa, entregando herramientas para transformar las prácticas educativas y situar al estudiante como eje central del proceso de enseñanza-aprendizaje en contextos clínicos reales.

4. **Relación favorable riesgo-beneficio:** Se previó únicamente la posibilidad de malestar emocional leve durante la evocación de experiencias clínicas exigentes. No existieron riesgos físicos ni clínicos. El investigador estuvo

capacitado para detectar incomodidad, ofrecer contención inmediata y derivar, si era necesario, a los servicios de apoyo psicológico institucional (CAPSI). Así, se aseguró que los posibles malestares fueran mínimos y transitorios, mientras que los beneficios académicos, reflexivos y formativos fueron significativos.

5. **Revisión independiente:** El proyecto fue sometido a evaluación por el Comité de Ética Científica de la universidad, y los procesos de reclutamiento estuvieron a cargo de personal externo al equipo docente del internado.
6. **Consentimiento informado:** La participación fue completamente voluntaria, con derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias. El consentimiento informado por escrito explicitó todos los elementos esenciales del estudio, incluyendo objetivos, procedimientos, beneficios, riesgos potenciales y medidas de apoyo (ver Anexo I).
7. **Respeto por los sujetos inscritos:** Se garantizó la privacidad mediante codificación irreversible, almacenamiento seguro y eliminación definitiva de los audios una vez transcritos. Las transcripciones anonimizadas se conservarán hasta cinco años en archivo encriptado, tras lo cual serán destruidas siguiendo protocolos éticos institucionales.
8. **Transparencia e independencia del investigador:** El investigador no participó en el reclutamiento ni en procesos evaluativos sobre los participantes. Aunque condujo las entrevistas, lo hizo en un contexto libre de vínculo jerárquico vigente, resguardando la autonomía, la confidencialidad y la credibilidad de los hallazgos.

3.8 Apoyo emocional y resguardo del bienestar

Dado que se trató de un estudio reflexivo sobre experiencias clínicas que podían haber sido emocionalmente exigentes, se coordinó con la unidad de apoyo psicológico institucional (CAPSI) para ofrecer contención y derivación en caso de malestar. Esta información ya se encontraba incorporada en el documento de consentimiento informado, incluyendo los datos de contacto de los profesionales

disponibles, con el fin de asegurar el bienestar de los participantes y cumplir con los principios éticos de beneficencia, no maleficencia y cuidado responsable.

3.9 Viabilidad del estudio

La viabilidad del proyecto también se sustentó en:

- Tiempo disponible: el estudiante contó con al menos 6 horas semanales protegidas, tal como lo estableció el programa de Magíster, para realizar actividades de recolección, análisis y sistematización de datos.
- Recursos: se utilizaron las bases de datos científicas, la biblioteca digital institucional, los espacios de trabajo del campus y las asesorías académicas disponibles en la universidad.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

Participaron diez estudiantes de Kinesiología (seis mujeres y cuatro hombres), con edades entre 23 y 39 años. Las características generales de los participantes se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1

Características de los participantes del estudio

Participante	Sexo	Edad
INT-01-2025	Mujer	23
INT-02-2025	Mujer	24
INT-03-2025	Hombre	25
INT-04-2025	Mujer	24
INT-05-2025	Hombre	24
INT-06-2025	Hombre	29
INT-07-2025	Mujer	27
INT-08-2025	Mujer	39
INT-09-2025	Hombre	29
INT-10-2025	Mujer	24

A partir del análisis cualitativo, desarrollado desde un enfoque fenomenológico descriptivo según el método de Colaizzi (1978; Morrow et al., 2015), emergieron seis categorías axiales y un total de veintiséis subcategorías, las cuales describen las experiencias vividas por los estudiantes en la atención de personas con fibromialgia. Cada categoría representa un aspecto constitutivo de la vivencia estudiantil, abarcando dimensiones clínicas, emocionales, formativas, relacionales e identitarias. En conjunto, estas categorías permiten comprender cómo los estudiantes significan y enfrentan la complejidad del dolor persistente, la construcción del vínculo terapéutico y los procesos emergentes de su propio

desarrollo profesional. La estructura general de estas categorías se presenta en la Figura 2.

Figura 2

Estructura fenomenológica de la experiencia vivida por estudiantes de Kinesiología en la atención de personas con fibromialgia



Nota: Elaboración a partir del proceso de reducción de datos de entrevistas semiestructuradas.

La correspondencia detallada entre las categorías axiales, sus subcategorías y los códigos emergentes del análisis fenomenológico se presenta en el Anexo II (“Categorías axiales, subcategorías y códigos emergentes del análisis fenomenológico”).

A continuación, se describirán las categorías axiales y las subcategorías correspondientes.

La categoría axial más significativa se constituye en “**El dolor como experiencia compleja en la atención de personas con fibromialgia**”. Esta categoría muestra cómo los estudiantes comprenden el dolor en la fibromialgia como un fenómeno dinámico, subjetivo y afectivamente cargado, cuya variabilidad desafía sus marcos formativos iniciales. El dolor se presenta como un elemento que reorganiza la práctica clínica: fluctúa día a día, cambia de localización, puede volverse invisible a la mirada biomédica y se ve modulado por el contexto emocional y vital de la persona. En esta experiencia, los estudiantes descubren que atender el dolor persistente implica cultivar sensibilidad clínica, adaptabilidad y una comprensión situada de la vivencia corporal del paciente. La primera subcategoría que se desprende de esta categoría corresponde a la **variabilidad y movilidad corporal del dolor**, fenómeno que se manifiesta tanto en cambios diarios en la intensidad del malestar como en el desplazamiento de los focos dolorosos a lo largo del cuerpo. Esta subcategoría muestra que el dolor en fibromialgia no es estable ni predecible, sino que emerge como un elemento fluctuante que reorganiza continuamente la práctica clínica. En primer lugar, los estudiantes relataron que el estado de la persona atendida podía cambiar significativamente de un día a otro, lo que dificultaba sostener planificaciones rígidas y exigía ajustar la intervención según la vivencia corporal del momento. La necesidad de adaptarse a estas fluctuaciones cotidianas se volvió un componente central del proceso formativo:

“Yo llegaba con una intervención en mente y tenía que cambiar todo. Ella venía mal del día anterior, con dolor de cabeza, sin ánimo... entonces no podía hacer lo que había planificado. Yo quería trabajar más movimiento, bicicleta, pesas, y al final terminábamos haciendo ejercicios muy livianos.”
(INT-08)

“En varias ocasiones... la veía un día y se iba súper bien. Pero volvía dos días después y tenía el mismo dolor en el hombro... uno tiene que ahí cambiar la estrategia.” (INT-06)

Junto con la variabilidad diaria, los estudiantes identificaron una segunda expresión de esta experiencia: la movilidad del dolor en el cuerpo. Esta movilidad se describe como el desplazamiento inesperado de las zonas dolorosas entre sesiones, lo que desafía las expectativas biomédicas tradicionales de un síntoma localizado y estable. En lugar de un foco delimitado, el dolor aparece como un fenómeno cambiante, que invita a comprenderlo desde la singularidad de cada vivencia corporal:

“Eran diferentes puntos de dolor que tenía. A veces era el cuello, después el hombro, luego la zona lumbar o las rodillas... iba cambiando de zona.”
(INT-05)

En cuanto a la segunda subcategoría “**Dolor subjetivo y clínicamente desapercibido**”, los estudiantes reconocieron que el dolor en la fibromialgia puede pasar desapercibido a la observación clínica, lo que les exige revisar sus criterios de validación y abrirse a la subjetividad de la experiencia del paciente. Esta invisibilidad cuestiona los supuestos biomédicos tradicionales y los invita a confiar en el relato vivido.

“Aprendí a no sugestionar el dolor de otra persona. No porque yo no lo vea significa que no esté ahí. Muchas veces uno piensa que quizá está exagerando, pero claro... como uno no lo siente ni está en ese cuerpo, no lo sabe.” (INT-10)

“Cada persona tiene una sensibilidad distinta, entonces no siempre uno puede ver lo que la otra siente. A veces no se notaba nada, pero igual decía que le dolía.” (INT-09)

En cuanto a la tercera subcategoría, “**Crisis y episodios críticos del dolor**”, los estudiantes describen que las personas con fibromialgia experimentan días marcados por exacerbaciones intensas que desorganizan cualquier planificación previa y obligan a reorientar la sesión hacia la contención y el resguardo clínico. Estas crisis irrumpen de manera inesperada, generando un

quiebre en el proceso terapéutico y evidenciando la necesidad de un acompañamiento sensible, flexible y atento al momento vivido.

“Habían días muy buenos en donde, en cuanto uno como terapeuta puede influir en la persona de una manera en que ésta puede realizar todos los ejercicios que uno plantea en ese minuto y días muy malos en donde uno intentaba rebuscárselas con otro plan de entrenamiento y la persona no podía mover ni un dedo.” (INT-10)

Las crisis no solo afectan el desarrollo de la sesión, sino también la **continuidad terapéutica**, pues su frecuencia influye directamente en la asistencia y en la posibilidad de sostener el proceso clínico en el tiempo:

“Es muy fácil que se pierdan o que no vuelvan. Va a depender mucho de la cantidad de crisis que tengan, por ejemplo, si es que van a la atención o no”. (INT-01)

Una de las subcategorías que emerge con fuerza en los relatos corresponde a las **dimensiones emocionales, contextuales y funcionales del dolor**, donde los estudiantes reconocen que la experiencia dolorosa no puede comprenderse únicamente desde el cuerpo biológico, sino que se ve profundamente modulada por el estado emocional y por las condiciones cotidianas de vida de cada persona. En esta perspectiva, el dolor aparece estrechamente ligado al estrés, a las cargas domésticas, a las dinámicas familiares y a las exigencias del día a día, configurándose como una vivencia situada que trasciende cualquier explicación exclusivamente física.

“Entender que el dolor no es solamente como, ah, me pegué, me duele, sino que depende del contexto de la persona. Por ejemplo, alguien que vive estresada: hizo los ejercicios súper bien, pero tenía que llegar a cocinar, lavar, atender a los hijos, y después discutir con alguien... y vive así; ese dolor se exagera mucho más.” (INT-07)

“La señora me decía que cuando estaba estresada o preocupada le aumentaba todo el dolor.” (INT-01)

Al mismo tiempo, los estudiantes identificaron que estas dimensiones emocionales y contextuales repercuten directamente en la **funcionalidad cotidiana**, generando limitaciones que afectan tareas básicas y la participación en actividades de la vida diaria. Acompañar estos pequeños avances como cocinar, vestirse o realizar gestos simples, se volvió para los estudiantes una experiencia formativa significativa, pues les permitió comprender cómo el dolor condiciona la autonomía y cómo cambios modestos pueden tener gran impacto en la vida de la persona.

“Para mí significó bastante ver que una persona llegaba el primer día sin poder cocinar ni abotonarse, y que un mes o dos meses después me dijera que ya logra realizar estas tareas.” (INT-06)

La segunda categoría emergente, se etiquetó como **emociones existenciales en la vivencia formativa**, describe cómo los estudiantes experimentan un tránsito emocional complejo al atender a personas con fibromialgia. Las emociones no aparecen como reacciones aisladas, sino como expresiones existenciales del encuentro clínico, donde se entrelazan la incertidumbre, la vulnerabilidad, la empatía, el logro y la responsabilidad terapéutica. En esta vivencia formativa, los estudiantes descubren que el trabajo clínico no solo implica saber hacer, sino también sostener afectivamente la experiencia, abrirse al sufrimiento del otro y elaborar su propio lugar profesional dentro del proceso terapéutico.

La primera subcategoría que se desprende de esta estructura es **“Desbordamientos y tránsitos emocionales”**, seguida de otras experiencias que conforman la vivencia emocional total del proceso clínico. En esta primera trama emocional emergen vivencias de desborde y desconcierto que se hacen presentes en momentos de incertidumbre clínica. Cuando las intervenciones no generan el efecto esperado o cuando el rumbo terapéutico se vuelve difuso,

aparece una sensación de atrapamiento, frustración y angustia que revela la vulnerabilidad propia del proceso formativo.

“Las emociones que sentía eran como de complejidad o de estar atrapado. En saber qué hacer.” (INT-05)

“Fue frustrante porque no se puede cuantificar un logro ni tampoco visualizar uno.” (INT-10)

“Sentí como angustia, como de no saber si la estaba ayudando o lo estaba haciendo bien.” (INT-08)

Estas vivencias conviven con una marcada ambivalencia emocional que atraviesa la práctica clínica. El miedo, la inseguridad, el desafío y la satisfacción aparecen entrelazados, configurando un tránsito afectivo que se desarrolla sesión a sesión y que contribuye a la construcción de confianza profesional.

“Tenía mucho miedo, porque no confiaba en mí.” (INT-07)

“Fue frustrante, motivante, desafiante.” (INT-10)

“Sentí angustia, pero fue muy gratificante porque siento que sí logré cosas en ella.” (INT-08)

En la subcategoría “**Resonancia afectiva y encuentro con el sufrimiento del otro**”, la experiencia formativa se ve atravesada por una implicación emocional que va más allá de la observación clínica. La cercanía con la persona atendida moviliza una participación afectiva que se manifiesta en tristeza, empatía y una conmoción íntima ante el sufrimiento relatado. No se trata solo de comprender lo que la persona vive, sino de resonar con su experiencia y dejarse afectar por ella, ampliando la mirada hacia dimensiones humanas que no se aprenden en la teoría.

“Con esta señora sentí tristeza, sentí pena por lo que estaba pasando, porque era una señora muy sola.” (INT-08)

“Conversando con ellas se me evocaron sentimientos de empatía, tristeza.” (INT-09)

“Quizá algunas veces no dimensionas lo que está sufriendo la persona.”
(INT-04)

En la subcategoría “**Sentidos formativos de logro y realización profesional**”, aparece una dimensión emocional distinta, asociada a momentos de avance, conexión y reconocimiento mutuo dentro del proceso terapéutico. Estas vivencias permiten experimentar la práctica clínica no solo como un espacio de incertidumbre, sino también como un lugar donde es posible construir confianza, generar cambios significativos y reafirmar la propia vocación. El logro ya no se entiende únicamente como mejoría física, sino como la posibilidad de acompañar procesos que movilizan alegría, orgullo y sentido profesional.

“Habían días que se iban muy felices, entonces eso también me hacía sentir mucha alegría.” (INT-08)

“Me sentía muy orgullosa y muy feliz, de que haya pasado el miedo a moverse.” (INT-07)

“Me sentía contento de hacer lo mejor posible para que esta persona...”
(INT-05)

La última subcategoría de este apartado, “**Modos de sostener y regular emocionalmente la práctica clínica**”, muestra cómo el quehacer terapéutico implica también un trabajo interno por parte del estudiante. En medio de la intensidad emocional que atraviesa el proceso, emergen estrategias orientadas a sostener la propia vivencia y, al mismo tiempo, ofrecer un acompañamiento sensible a la persona atendida. La comunicación, la escucha atenta, la presencia corporal y el despliegue de habilidades relacionales se vuelven recursos esenciales para contener, acoger y facilitar la expresión emocional dentro del encuentro clínico.

“A través de la comunicación una persona se puede liberar, no solo el ejercicio calma, sino también liberarse personalmente.” (INT-05)

“Primero quería llegarles por la parte más emocional, más mental.” (INT-06)

“El manejo de las habilidades blandas era importantísimo.” (INT-06)

La tercera categoría, “Demandas formativas percibidas en el abordaje del dolor persistente”, muestra cómo la experiencia clínica con fibromialgia expone una serie de tensiones y vacíos formativos que se vuelven visibles únicamente en el encuentro con el dolor persistente. La práctica revela límites en la comprensión teórica, inseguridades frente a la incertidumbre clínica y la necesidad de acompañamiento docente, al mismo tiempo que impulsa la reconstrucción del propio rol profesional. Estas vivencias configuran un territorio formativo donde se entrelazan la falta de herramientas, la vulnerabilidad, el deseo de aprender y las condiciones institucionales que influyen en el desarrollo de la identidad clínica.

Dentro de esta categoría, un primer eje de sentido se relaciona con la **formación teórico-práctica percibida como incompleta**, vivencia que aparece cuando la práctica revela límites en el saber académico previo. Iniciar el internado con un marco conceptual insuficiente para comprender el dolor persistente y la fibromialgia genera confusión y la sensación de estar “partiendo desde cero” en un escenario clínico particularmente complejo. La ausencia de herramientas claras, tanto conceptuales como procedimentales, instala un terreno de incertidumbre que se hace evidente desde los primeros encuentros terapéuticos.

“No conocía el término fibromialgia, nunca indagué al respecto.” (INT-10)

“Me faltó harta formación para otro tipo de evaluación o quizá de tratamiento en esta población.” (INT-02)

Un segundo eje dentro de esta categoría refiere a la **inseguridad y vulnerabilidad clínica en los primeros abordajes**, experiencia que emerge cuando el estudiante se enfrenta a la brecha entre lo aprendido y la complejidad real del dolor persistente. La ausencia de referentes previos y la dificultad para anticipar las necesidades del paciente generan un clima emocional marcado por el temor a equivocarse, la duda respecto del propio criterio y la angustia de no sentirse suficientemente preparado para asumir la responsabilidad terapéutica.

“Al principio me sentía inseguro, me cuestionaba muchas cosas antes de atender a las personas.” (INT-09)

“Sentí angustia de no poder hacerlo bien.” (INT-08)

Un tercer eje dentro de esta categoría se vincula con la **construcción emergente del rol profesional**, proceso que toma forma en la medida que la práctica clínica confronta y desestabiliza las nociones previas sobre qué significa “ser kinesiólogo” en el contexto del dolor persistente. La falta de claridad inicial respecto de las funciones terapéuticas abre un espacio reflexivo donde el rol comienza a reconfigurarse más allá de lo técnico, incorporando dimensiones como educar, acompañar, contener emocionalmente y sostener el proceso vivido por la persona atendida. En este tránsito, el estudiante reconoce que la identidad profesional no se hereda desde la teoría, sino que se despliega en la experiencia situada.

“Me bajó toda la preparación que yo tenía; lo teórico no era suficiente.” (INT-02)

“En un inicio mi preparación para atender estos casos era simplemente basada en los ejercicios... luego me di cuenta que muchas veces tenía que hacer un acompañamiento más emocional.” (INT-01)

Otro aspecto que emerge con fuerza en esta categoría corresponde a las **expectativas y necesidades formativas** que se activan durante el encuentro clínico con personas que viven dolor persistente. La experiencia confronta a los estudiantes con la percepción de que su formación inicial resulta insuficiente para sostener intervenciones complejas, despertando el deseo de profundizar en áreas como psicología del dolor, habilidades comunicacionales, educación terapéutica y enfoques biopsicosociales más situados. Estas demandas no solo expresan carencias curriculares, sino también la búsqueda de un marco conceptual y práctico que permita ejercer el rol clínico de manera más segura, sensible y fundamentada.

“Me hubiera gustado tener más formación al respecto, habría tenido más herramientas.” (INT-05)

“Debería haber más profundización en eso, para salir más preparado.” (INT-07)

Dentro de esta categoría, también adquiere relevancia la experiencia vinculada a las **condiciones institucionales y el acompañamiento clínico vivo**, elementos que configuran el trasfondo en el que se desarrolla el internado. La disponibilidad de implementos, la organización del servicio y la presencia o ausencia de apoyo docente influyen directamente en la seguridad con que se actúa, en la toma de decisiones y en la manera en que se transita la complejidad del dolor persistente. Cuando los recursos son escasos o el soporte del equipo es limitado, el proceso formativo se experimenta con mayor carga emocional y una sensación de desamparo que intensifica la vulnerabilidad profesional.

“Los implementos fueron limitados, no teníamos los mejores equipos.” (INT-09)

“El equipo no acompañaba mucho; me dejaron sola en mi primera evaluación.” (INT-07)

En contraste, las experiencias vinculadas al acompañamiento docente muestran matices significativos. Cuando la presencia del tutor es percibida como disponible y cercana, esta se transforma en un sostén esencial que ayuda a transitar la incertidumbre clínica, afirmando el juicio profesional y ofreciendo seguridad en la toma de decisiones:

“Siempre conté con apoyo; cualquier duda era resuelta.” (INT-01)

“El docente me dio el apoyo en los momentos en que no sabía qué hacer.” (INT-02)

Sin embargo, no todas las vivencias fueron similares. En otros casos, la ausencia o distancia del acompañamiento generó vulnerabilidad y el deseo

explícito de contar con un soporte más presente, especialmente en momentos evaluativos o de mayor tensión clínica:

“Me hubiese encantado que mi tutor estuviera viendo la entrevista... que hubiera dicho ‘te va a evaluar, pero yo voy a estar acá en caso de que pase algo’.” (INT-07)

“Si bien hubo apoyo, faltó un poco más de apoyo” (INT-03)

La cuarta categoría “**Toma de decisiones emergentes y adaptabilidad clínica**”, muestra cómo la práctica clínica se convierte en un espacio de decisiones flexibles, situadas y profundamente dependientes de la vivencia del día. Ante la imposibilidad de aplicar protocolos rígidos, la intervención se va modulando según la fluctuación del dolor, las tonalidades emocionales y las posibilidades corporales de cada sesión. La adaptabilidad emerge como una competencia que se construye en el hacer: observando, reajustando, negociando y respondiendo al encuentro clínico en tiempo real.

Un primer aspecto dentro de esta categoría se vincula con los **ajustes clínicos situados según la vivencia del día**, experiencia que revela la necesidad constante de adaptar la intervención a cómo llega la persona en cada sesión. Dolor, fatiga, descompensaciones o bloqueos funcionales obligan a modificar la intensidad del ejercicio, reemplazar actividades planificadas o incluso detener la sesión. La toma de decisiones se vuelve un proceso inmediato y encarnado, guiado por la lectura atenta de la respuesta corporal y emocional del momento.

“Si yo hacía mucho ejercicio o trabajaba mucha resistencia, generaba aumento del dolor y eso no me permitía poder seguir trabajando. Tuve que cambiar eso.” (INT-03)

“Teníamos que adaptar el ejercicio cuando se descompensaban.” (INT-09)

Otro eje central dentro de esta categoría corresponde a la **co-construcción y selección de prácticas corporales significativas**, donde la progresión clínica no se determina a partir de criterios estandarizados, sino desde el diálogo y la

negociación con la persona atendida. La elección de ejercicios, la dosificación de cargas y el tipo de práctica terapéutica se adaptan según la tolerancia del día, las preferencias individuales, los recursos disponibles y el sentido que cada actividad adquiere para quien vive el proceso. El movimiento deja así de ser una prescripción técnica para convertirse en una práctica situada, flexible y compartida.

“Planifiqué ejercicios más intensos, pero tuvimos que adaptarlos porque la persona no cumplía los requisitos.” (INT-09)

“Quería hacer HIIT, pero luego me decía que tenía mucho dolor, entonces tenía que poner menos carga.” (INT-05)

“A veces hacía más aeróbico, otras veces fortalecimiento, según la persona.” (INT-09)

Dentro de esta categoría adquiere especial relevancia la **toma de decisiones clínicas situadas en torno al cuidado y al juicio contextual**, expresión que resume cómo la intervención se reorganiza en función de las variaciones emocionales, corporales y contextuales que vive la persona atendida. Estados como miedo, ánimo bajo, inseguridad o desconfianza se convierten en señales que orientan el rumbo de cada sesión, desplazando el foco desde la progresión técnica hacia la protección, la contención y el sostén de la experiencia vivida. La práctica clínica se moldea así desde un juicio sensible, atento a lo que el cuerpo y la emoción expresan en el momento.

“Si venían mal de ánimo, había que cambiar todo.” (INT-08)

“Había pacientes que se negaban, decían que no podían, entonces tenía que orientar mi terapia en otro ámbito.” (INT-06)

“Si una persona tenía un dolor muy elevado, un 8 de 10, yo no la iba a obligar a hacer ejercicio.” (INT-06)

En estos escenarios, el resguardo clínico, la modulación del movimiento y las intervenciones calmantes adquieren protagonismo, constituyéndose como respuestas necesarias para aliviar el malestar y sostener el proceso terapéutico.

“Cuando estaban en crisis, aplicaba masoterapia para relajar antes de lo activo.” (INT-02)

“Si tenía mucho dolor, partía primero por manejo del dolor antes de cualquier ejercicio.” (INT-03)

Finalmente, otro eje que configura esta categoría es el **acompañamiento educativo en el proceso terapéutico**, experiencia que se vuelve fundamental para sostener la toma de decisiones clínicas en escenarios de dolor persistente. La dimensión educativa permite disminuir temores, cuestionar creencias erróneas y promover una comprensión más situada del dolor, habilitando que la persona pueda interpretar su propia vivencia con mayor claridad. Explicar el sentido de los ejercicios, dialogar sobre la naturaleza del dolor y fomentar el autocuidado se transforman en acciones que acompañan la intervención física y fortalecen la adherencia terapéutica.

“Uno tiene que estudiar hartito para poder enseñarle a la persona qué es el dolor, los tipos de dolor que hay, que no son todos iguales y cómo se pueden sobrellevar.” (INT-08)

“Le enseñamos cómo interpretar el dolor.” (INT-02)

La quinta categoría, denominada **experiencia del vínculo terapéutico como centro del rol clínico**, muestra cómo el encuentro interpersonal se transforma en el eje articulador de la práctica con personas con fibromialgia. La confianza, la sensibilidad relacional, la comunicación y el acompañamiento emocional configuran un espacio terapéutico donde el movimiento, la educación y la contención se integran en un proceso profundamente humano y compartido.

Dentro de esta estructura, la primera subcategoría corresponde a la **construcción del vínculo y presencia terapéutica**, donde la relación se establece de manera progresiva a partir de la escucha activa, la cercanía y la disponibilidad emocional del terapeuta. En este proceso, la apertura del paciente aparece como un indicador de confianza y de seguridad percibida:

“Siento que logré vincularme con más de una persona; lograban compartirme todos los pensamientos, todo lo que sentían, todas las molestias que tenían.” (INT-01)

“El vínculo terapéutico sí se logró como yo lo esperaba, pero costó bastante.” (INT-03)

“Yo siento que tuve un muy buen vínculo con ambas personas, les di confianza, se abrieron, me contaron su vida.” (INT-08)

La segunda subcategoría se estructura en torno a la **comunicación resonante y validación**, entendida como una forma de comunicación encarnada en la que el cuerpo, el tono, la presencia y la palabra constituyen recursos terapéuticos. Escuchar, sostener y validar la experiencia del otro se vuelve parte esencial del cuidado.

“La comunicación fue fluida y progresiva, fue buena.” (INT-04)

“La comunicación era más física que verbal, era de sostén de mis brazos, de mi expresión corporal.” (INT-10)

“Conversando con ellas se evocaron sentimientos de empatía, tristeza.” (INT-09)

Otro elemento constitutivo del vínculo corresponde a la **autonomía y corresponsabilidad terapéutica**, donde la educación y el acompañamiento buscan favorecer la agencia del paciente y su participación activa en el proceso. En este marco, la relación se concibe como un trabajo conjunto que requiere compromiso mutuo:

“Había que explicar el por qué y para qué.” (INT-07)

“Quería favorecer una mayor autonomía.” (INT-09)

“Yo soy el 50 y usted es el otro 50.” (INT-07)

No obstante, el vínculo también presenta desafíos, dando origen a la subcategoría denominada **tensiones en el encuentro clínico**, donde aparecen experiencias de resistencia, desconfianza o dificultad para establecer una

conexión terapéutica. Estas situaciones exigen reconfigurar estrategias relacionales y sostener emocionalmente el proceso clínico.

“No quería que la tocara ni se moviera, me dijeron: tienes que atenderla igual. Estaba sola, me dejaron sola.” (INT-07)

“Sentía que había una barrera ante nosotros antes de llegar al tratamiento.” (INT-03)

“Una paciente me facilitó todo, la otra no.” (INT-02)

Finalmente, emerge la subcategoría **colaboración interprofesional vivida**, donde el vínculo se extiende hacia la interacción con otros profesionales y con el equipo docente. Derivaciones oportunas, trabajo conjunto y acompañamiento del tutor contribuyen a sostener el proceso terapéutico y a fortalecer la seguridad clínica del estudiante.

“Derivé a psicólogos y también a nutricionista.” (INT-01)

“El acompañamiento del tutor me ayudó.” (INT-01)

“Teníamos que requerir ayuda de un kinesiólogo a cargo.” (INT-09)

La sexta categoría, denominada **emergencia de la identidad clínica a través de la experiencia vivida**, muestra cómo el encuentro con personas con fibromialgia se transforma en un espacio formativo decisivo. La experiencia real confronta las certezas previas, obliga a revisar comprensiones iniciales del dolor y moviliza procesos de aprendizaje encarnado, reflexión profunda y definición progresiva del rol kinesiólogo. A través de este tránsito, los estudiantes integran teoría y vivencia, construyen confianza y otorgan sentido personal y profesional a su quehacer clínico.

La primera subcategoría corresponde a la **integración encarnada del aprendizaje y la comprensión ampliada del dolor**, donde el conocimiento se construye desde la experiencia situada, no desde la teoría abstracta. El internado aparece como un escenario donde el cuerpo del otro, sus crisis, fluctuaciones y

narrativas obligan a aprender haciendo: ajustando, equivocándose, observando y reconstruyendo significados.

“Mi experiencia fue bastante complicada, no había atendido a ningún paciente con fibromialgia, eso me llevó a buscar opciones o estrategias para poder abordarlo.” (INT-03)

“Yo creo que solo aprendí en la experiencia clínica.” (INT-04)

“Para mí significó bastante aprendizaje, conocimiento.” (INT-06)

Este aprendizaje encarnado abre paso a una **comprensión ampliada del dolor**, donde los estudiantes se distancian de una mirada puramente biomédica y comienzan a reconocer dimensiones emocionales, sociales y contextuales que atraviesan la experiencia dolorosa.

“Me di cuenta de que la fibromialgia es más psicológica, un golpe fuerte que afecta al sistema nervioso.” (INT-05)

“Es un abordaje muy biopsicosocial, antes pensaba que era más clínico.” (INT-01)

“Aprendí que el dolor es diferente para todos, no todos tienen la misma percepción.” (INT-03)

En un segundo momento emerge la **construcción y afirmación del rol profesional**, donde los estudiantes comienzan a comprender qué significa realmente “ser kinesiólogo” en el contexto del dolor persistente. La práctica les revela que el rol terapéutico no se agota en aplicar técnicas, sino que involucra educar, acompañar, sostener emocionalmente, comunicar con sensibilidad y adaptar continuamente la intervención.

“El rol del kinesiólogo va desde la educación hasta el acompañamiento.” (INT-01)

“Entendí que no es solo lo físico, también hay que hablar de todo: la educación, lo emocional.” (INT-02)

“Ayudarles a mantener sus actividades de la vida diaria, apoyar, acompañar.” (INT-06)

Esta redefinición del rol también va acompañada de un tránsito subjetivo desde la inseguridad hacia la **confianza profesional emergente**, resultado de la exposición continua a la complejidad clínica.

“Al principio yo me sentía confiada con lo teórico, pero al atender encontré que no era suficiente.” (INT-02)

“Al principio me sentía inseguro, me cuestionaba muchas cosas antes de atender.” (INT-09)

“Con la experiencia uno se va soltando más, va uno mismo queriendo aprender más.” (INT-06)

La tercera subcategoría, correspondiente a la **transferencia y expansión del aprendizaje**, muestra cómo la experiencia con fibromialgia no queda contenida en el internado, sino que se proyecta hacia otros contextos profesionales. Los estudiantes reconocen que este caso complejo amplía su repertorio clínico y fortalece su capacidad para abordar situaciones futuras con mayor criterio y sensibilidad.

“Lo que aprendí se vio reflejado en otro internado.” (INT-07)

“Ahora si me toca un paciente con fibromialgia voy a saber cómo actuar.” (INT-02)

“Esto me enriquece mucho como profesional.” (INT-09)

Finalmente, la subcategoría de **reflexividad y transformación personal** recoge cómo la atención de personas con fibromialgia opera como un hito que reordena creencias previas, moviliza cuestionamientos y posibilita una comprensión más profunda del dolor y del propio lugar como terapeuta. La experiencia se convierte en un espacio de autoevaluación, sensibilidad y apertura.

“Antes creía que el dolor era psicológico, ahora entiendo que es real.” (INT-07)

“Abrí mi mente para entender a las personas.” (INT-02)

Este proceso reflexivo culmina en una **significación personal de la experiencia**, donde el internado es vivido como un acontecimiento formativo único, desafiante y profundamente transformador.

“Fue una experiencia gratificante.” (INT-06)

“Para mí fue una experiencia única, fue algo muy significativo para mí.”
(INT-08)

“Fue un desafío, enriquecedor porque aprendí mucho más.” (INT-07)

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN

Los resultados muestran que la atención de personas con fibromialgia durante el internado configura un escenario clínico de alta complejidad donde el estudiante debe sostener decisiones bajo variabilidad sintomática, incertidumbre y carga emocional, mientras construye el vínculo terapéutico como eje del cuidado y, a partir de ello, consolida progresivamente su identidad clínica. Una posible explicación es que la sesión no puede organizarse desde una progresión lineal, sino desde una lectura situada de lo que el paciente “trae” ese día (dolor, fatiga, ánimo), lo que obliga a ajustar objetivos, comunicación y dosificación en tiempo real. Esta combinación de incertidumbre clínica y exigencia relacional vuelve el internado un espacio formativo de alta intensidad: por un lado, tensiona la seguridad del estudiante; por otro, posibilita aprendizajes encarnados que reconfiguran su manera de comprender el dolor persistente, especialmente cuando el acompañamiento clínico facilita traducir teoría a práctica. En ese marco, los hallazgos sugieren que la coherencia del abordaje biopsicosocial no depende solo de “saber” el modelo, sino de contar con recursos comunicacionales y reflexivos para sostenerlo cuando la interacción se vuelve difícil; de lo contrario, tienden a reaparecer apoyos biomédicos como anclaje explicativo y decisional.

5.1 Discusión de los resultados en el contexto de la evidencia

Con el fin de profundizar la comprensión de los hallazgos, esta sección los sitúa en diálogo con la evidencia disponible. La discusión se organiza según las seis categorías emergentes del análisis, las que permiten desagregar el fenómeno y examinar, de manera crítica, cómo se configura la experiencia formativa y clínica del internado en torno al dolor persistente. En cada categoría se contrastan los resultados con estudios previos, identificando puntos de convergencia, tensiones y vacíos, así como implicancias para sostener un abordaje coherente con el modelo biopsicosocial en escenarios clínicos exigentes.

5.1.1 Categoría 1: El dolor como experiencia compleja en la atención de pacientes con fibromialgia

Los resultados indican que, para los estudiantes, el dolor en personas con fibromialgia se comprende como un fenómeno dinámico que rompe la planificación lineal y obliga a reajustes clínicos continuos. Una posible explicación es que la sesión se organiza desde señales cambiantes (dolor, fatiga, ánimo) más que desde una progresión predefinida, lo que vuelve la intervención inherentemente adaptable. Esta lectura es consistente con reportes de perfiles con distinta variabilidad que integran dolor, fatiga y afecto (Bartley et al., 2018).

En este marco, los estudiantes enfrentan una tensión clínica frecuente: el dolor puede vivirse como intenso aun cuando la confirmación mediante marcadores objetivos sea limitada; en esa línea, se ha descrito que la evidencia física cuantitativa de patología o etiología en fibromialgia ha sido limitada (Albrecht & Rice, 2016). Cuando emergen exacerbaciones de síntomas con variaciones marcadas en el tiempo y la intensidad, y con restricciones en actividades e interacciones, la intervención tiende a reorientarse hacia contención, seguridad y continuidad del cuidado (Fitzmaurice et al., 2024). Además, la categoría incorpora la modulación emocional y contextual del dolor, en coherencia con hallazgos donde la rumiación predijo depresión y ansiedad, y la catastrofización predijo ansiedad (Karakuş et al., 2025). En términos aplicados, esto orienta a planificar con flexibilidad explícita, sostener decisiones bajo incertidumbre sin reducir el juicio clínico a lo biomédico, y trabajar metas funcionales y psicosociales con sentido para la vida diaria.

5.1.2 Categoría 2: Emociones existenciales en la vivencia formativa

Los resultados sugieren que atender a personas con fibromialgia es una experiencia emocionalmente demandante para los estudiantes, marcada por incertidumbre clínica y por reacciones afectivas intensas que pueden tensionar la

seguridad personal y el juicio profesional. Una posible explicación es que en escenarios donde la respuesta del paciente es fluctuante y el plan terapéutico debe ajustarse sobre la marcha, la toma de decisiones ocurre con información incompleta y bajo presión de “hacer lo correcto”, favoreciendo vivencias de confusión, frustración o culpa. Hallazgos similares han sido descritos en estudiantes frente a dilemas de tratamiento, donde el malestar emocional aparece como parte del proceso de aprendizaje clínico (Weurlander et al., 2018) y puede intensificarse en contextos complejos en que deben integrar factores más allá del conocimiento disciplinar (McGivern et al., 2025).

A la vez, los resultados muestran que estas vivencias no son solo una carga: pueden transformarse en un motor formativo cuando se elaboran y se conectan con el desarrollo de identidad profesional. En esa línea, se ha planteado que experiencias emocionalmente desafiantes pueden favorecer aprendizajes significativos y reconfigurar la manera en que los estudiantes se comprenden a sí mismos en el rol clínico (Lönn et al., 2023). Sin embargo, sostener esta trayectoria parece depender de contar con apoyo relacional y herramientas de regulación emocional; se ha reportado que sentirse abrumado fue especialmente frecuente y que el apoyo emocional de mentores resultó clave para manejar estrés e incertidumbre durante la práctica clínica (Ha et al., 2025). En términos aplicados, esto orienta a diseñar internados que incluyan espacios sistemáticos de debriefing, mentoría y apoyo entre pares, no como complemento “blando”, sino como condición pedagógica para cuidar al estudiante y sostener decisiones clínicas más seguras.

5.1.3 Categoría 3: Demandas formativas percibidas en el abordaje del dolor persistente

Los resultados muestran que el internado vuelve visible una tensión entre conocer el dolor persistente y poder actuar clínicamente con ese conocimiento, especialmente cuando hay que razonar, decidir y comunicarse en escenarios

reales. Esto podría ocurrir porque el avance curricular no se traduce automáticamente en disposiciones prácticas para actuar bajo incertidumbre. En esa línea, se ha descrito que la confianza puede variar según disciplina, aun cuando el conocimiento y la comprensión no muestren diferencias significativas por disciplina ni cambios por año, lo que permite plantear con prudencia una posible discrepancia entre ambos componentes (Carroll et al., 2021). De manera complementaria, se han observado diferencias de conocimiento al comparar grupos definidos por etapa formativa y exposición a prácticas (Springer et al., 2018), y se ha reportado que el inicio del ejercicio profesional puede vivirse como abrumador, con tensiones comunicacionales ligadas a restricciones de tiempo y con necesidad de apoyo sostenido (Holopainen et al., 2020).

Esa brecha inicial se expresa, en los primeros abordajes, como inseguridad y vulnerabilidad profesional. Se ha descrito que manejar pacientes con dolor crónico puede gatillar incertidumbre respecto de las propias habilidades, y que el equipo clínico y los mentores funcionan como soporte para ganar experiencia y afrontar situaciones desafiantes (Forbes & Ingram, 2019). En el mismo sentido, se ha reportado presión por “ser una fuente de exactitud” y confianza limitada para abordar dimensiones psicosociales y comunicacionales (Lambing et al., 2025).

A medida que la experiencia avanza, la práctica favorece una construcción progresiva del rol. En esa transición, la retroalimentación del supervisor aparece como un componente central del desarrollo profesional (Kurunsaari et al., 2022), y la autonomía se facilita cuando las responsabilidades se asignan con criterios deliberados y se sostienen mediante retroalimentación y discusiones explícitas (Clouder et al., 2022). En paralelo, se refuerza una comprensión del rol que incorpora colaboración con el paciente y una comunicación sensible al contexto sociocultural, alejándose de un modelo activo–pasivo (Solvang & Fougner, 2023).

Los resultados también sugieren que estas experiencias activan demandas formativas por una preparación más auténtica y contextualizada. Desde la

perspectiva de pacientes, se ha recomendado enfatizar el impacto del dolor, y que los estudiantes escuchen y crean los relatos de quienes consultan; además, se ha descrito que la educación puede permanecer predominantemente teórica y no siempre traducirse en habilidades y confianza para el manejo clínico (Thompson et al., 2022). En consonancia con lo anterior, se ha propuesto avanzar hacia una educación más auténtica que refleje diversidad de escenarios reales y discuta desafíos y alcance profesional (Thompson et al., 2023).

Finalmente, el aprendizaje aparece condicionado por el marco institucional y la calidad del acompañamiento. El supervisor se describe como educador y mentor que guía la integración entre teoría y práctica (Voges et al., 2019), mientras que la falta de tiempo y el aumento de la carga de trabajo dificultan sostener el apoyo al estudiante en escenarios reales (O'Connor et al., 2024). En términos aplicados, esto orienta a planificar internados que aseguren supervisión efectiva y espacios regulares de debriefing o supervisión grupal, como entornos seguros para procesar la carga emocional, promover la reflexión y fortalecer recursos de afrontamiento en equipos en formación (Reschke et al., 2021).

5.1.4 Categoría 4: Toma de decisiones emergentes y adaptabilidad clínica

Los hallazgos indican que la toma de decisiones clínicas en el internado se configura como un proceso adaptativo, donde la coherencia terapéutica depende de ajustar la intervención a la variabilidad del cuadro y a lo que el encuentro hace posible en ese momento. Una posible explicación es que el dolor no se comporta como una señal estable: se ha descrito variación clínicamente significativa dentro de un mismo mes y se ha enfatizado evitar decisiones de tratamiento basadas en puntajes obtenidos en una sola visita (Dobscha et al., 2015). En esa línea, se han propuesto indicadores alternativos derivados de reportes momentáneos, incluyendo variabilidad e impredecibilidad para complementar la evaluación más allá del promedio (Stone et al., 2021), y se han utilizado diseños longitudinales intensivos con seguimiento en la vida diaria para explorar el valor predictivo de

medidas funcionales sobre registros posteriores de dolor y ánimo (Woznowski-Vu et al., 2023).

El ajuste clínico, además, se entiende como una progresión co-construida: el paciente es reconocido como participante activo y se evita un modelo activo–pasivo (Solvang & Fougner, 2023). En fisioterapia musculoesquelética, se ha descrito que las decisiones sitúan las preferencias del paciente en el centro y que conviene considerar la significatividad de las actividades terapéuticas para sostener un enfoque centrado en la persona (Naylor et al., 2022). De modo concordante, se ha descrito tratamiento individualizado según deseos y necesidades, orientado a metas desarrolladas y acordadas mutuamente (Ahlsen et al., 2019), y también se ha planteado que el sentido de la atención emerge como co-construcción de significado entre paciente y personal de salud (Boge-Olsnes et al., 2023).

En este marco, las decisiones se fortalecen cuando integran persona y contexto: se ha enfatizado comprender al paciente como un todo integrado y situar los problemas médicos en un contexto biográfico, social y cultural, mirando “bajo la superficie” de los síntomas (Anjum et al., 2020). A la vez, se ha descrito que el dolor crónico se inserta en contextos socioestructurales que aumentan la exposición a problemas de salud, incluyendo dolor crónico (Potthoff et al., 2025).

Para sostener elecciones terapéuticas, se ha descrito el valor de modelos organizados por dominios que integran hallazgos de evaluación para seleccionar intervenciones y orientar procedimientos considerados adecuados por clínicos (Longtin et al., 2021), junto con estrategias comunicacionales centradas en colaboración y escucha activa que apoyan la alianza terapéutica y permiten abordar percepciones no útiles (Sherriff et al., 2022).

Finalmente, el acompañamiento educativo aparece como un soporte transversal: se ha descrito que la educación en neurociencias del dolor puede

reducir kinesiofobia y catastrofización, y favorecer afrontamiento al facilitar la reconceptualización del dolor (Watson et al., 2019). Esta tarea exige un enfoque auténtico y relacional: se ha recomendado enfatizar el impacto del dolor y que los estudiantes escuchen y crean los relatos de quienes consultan (Thompson et al., 2022), junto con propuestas formativas que reflejen escenarios reales y discutan desafíos y alcance profesional (Thompson et al., 2023). En fibromialgia, programas centrados en la persona han sido vividos como comprensibles y significativos (Mengshoel et al., 2021), y se han reportado impactos en habilidades de automanejo con limitaciones de individualización y vacíos temáticos en intervenciones psicoeducativas (Di-Bonaventura et al., 2024). En términos aplicados, esto orienta a formar en monitoreo y flexibilidad clínica, co-definición de metas con sentido, y educación relacional que sostenga adherencia y automanejo sin perder de vista el contexto.

5.1.5 Categoría 5. Experiencia del vínculo terapéutico como centro del rol clínico

Los resultados describen que el vínculo terapéutico deja de operar como un componente accesorio y pasa a constituir el eje que ordena el trabajo clínico, porque sostiene la colaboración, la comunicación y la continuidad del proceso. Esta idea dialoga con la conceptualización de la alianza terapéutica como un proceso relacional dinámico y continuo, compuesto por atributos interconectados que evolucionan durante el tratamiento (Søndenå et al., 2020). En el ámbito musculoesquelético, además, se ha descrito que la alianza se vincula con elementos como colaboración y comunicación, y con la adherencia al tratamiento y al ejercicio domiciliario (Babatunde et al., 2017).

A la vez, el vínculo se profundiza cuando la comunicación logra resonar y validar la experiencia de dolor. En esa dirección, se ha señalado que la validación del dolor es un constructo aún poco definido y necesariamente situado en la perspectiva del paciente, y que ciertas explicaciones clínicas pueden ayudar a que

las personas se sientan validadas y a construir confianza (Nicola et al., 2022). En coherencia con lo anterior, se ha descrito que el estigma puede tensionar la relación con profesionales y generar desconfianza, y que la falta de empatía y apoyo se asocia a pérdida de confianza, mientras que comprender, apoyar y escuchar activamente se vuelve clave para construirla (Colombo et al., 2025). En ese mismo sentido, la relación puede transitar hacia corresponsabilidad, donde la co-creación del plan de salud se describe como especialmente valiosa y la personalización se asocia a cualidades relacionales del profesional, como credibilidad, accesibilidad y disposición a escuchar (Hu et al., 2024). En personas con fibromialgia, también se ha reportado que el apoyo de profesionales facilita el desarrollo de actividad física, y que la toma de decisiones compartida puede fortalecer la autoeficacia funcional y favorecer enfoques personalizados para equilibrar actividades diarias y actividad física (Yung et al., 2025).

Sin embargo, el encuentro terapéutico también puede quedar mediado por tensiones que erosionan el vínculo. En fibromialgia se ha documentado incertidumbre diagnóstica y baja confianza clínica, junto con actitudes estigmatizantes que tensionan la relación (Hayes et al., 2010). Desde la experiencia de personas con fibromialgia, se ha descrito sentirse ignoradas o que sus preocupaciones son desestimadas, y se ha planteado que la desatención hacia síntomas inexplicados puede estar socialmente organizada a través de sistemas institucionales biomédicos (Cupit et al., 2025).

Finalmente, el cuidado se amplía cuando se sostiene en coordinación interprofesional: se ha destacado la necesidad de un enfoque integral y coordinado en personas con fibromialgia y se han descrito reuniones breves regulares de coordinación del equipo asociadas a continuidad del cuidado (Teo et al., 2017), mientras que en atención primaria y condiciones crónicas los pacientes han reportado experiencias mayoritariamente positivas de la práctica colaborativa interprofesional (Davidson et al., 2022). En términos aplicados, esto orienta a formar internados que enseñen explícitamente habilidades relacionales

(validación, escucha activa, acuerdos compartidos) y que, a la vez, dispongan estructuras de coordinación clínica para sostener continuidad y coherencia del cuidado en escenarios complejos.

5.1.6 Categoría 6. Emergencia de la identidad clínica a través de la experiencia vivida

Los resultados muestran que la identidad clínica se configura como un proceso progresivo que se construye en la práctica, donde el aprendizaje deja de ser solo conceptual y se vuelve situado: el estudiante necesita integrar el enfoque biopsicosocial en la acción clínica y en la comunicación con el paciente. En esta transición emergen tensiones cuando sostener la comprensión mutua se vuelve difícil; en esos escenarios, se ha descrito que los estudiantes tienden a apoyarse en un marco biomédico cuando perciben que la comprensión mutua es imposible (Hammond et al., 2020, citado en Solvang & Fougner, 2023). Coherentemente, se ha reportado presión por “ser una fuente de exactitud” y confianza limitada para abordar dimensiones psicosociales y comunicacionales (Lambing et al., 2025), lo que puede tensionar la consolidación de un rol clínico coherente con el dolor persistente.

A la vez, el rol profesional se afirma mediante hitos formativos que actúan como puntos de inflexión y a través del acompañamiento clínico. En esa línea, se ha descrito que el apoyo y la retroalimentación del supervisor clínico fueron la parte más importante del desarrollo profesional (Kurunsaari et al., 2022). Sin embargo, en fibromialgia persisten desafíos que pueden afectar la afirmación del rol: se ha planteado la necesidad de entrenamiento especial para reducir incertidumbre y ambigüedad de rol profesional (Roitenberg & Shoshana, 2019), y se ha descrito que el cambio desde un “sobremanejo experto” hacia apoyar la autogestión no resultó aceptable para fisioterapeutas (Feldman et al., 2024).

La experiencia también se proyecta más allá del internado como una expansión de disposiciones clínicas y actitudinales frente al dolor crónico. Se ha descrito una mejora gradual, año a año, en actitudes y creencias hacia personas con dolor crónico durante la formación, y se ha propuesto que la exposición temprana a escenarios clínicos puede reforzar actitudes más positivas que se traduzcan en mejor cuidado (Mankelow et al., 2022). Finalmente, sostener esta transformación identitaria requiere espacios institucionalizados de reflexividad: se ha señalado que es importante que los estudiantes tengan espacios para reflexionar sobre sus experiencias, especialmente mediante grupos de reflexión estructurados, tutorías o reuniones con otros estudiantes, y que estos espacios pueden apoyar el desarrollo del razonamiento clínico y actitudes profesionales (Aguilar-Rodríguez et al., 2021).

5.2 Implicancias clínicas y educativas

Los hallazgos orientan a que la formación clínica en dolor persistente y fibromialgia no se evalúe únicamente por exposición a contenidos, sino por la capacidad de los estudiantes para adaptar decisiones, sostener comunicación clínica efectiva y co-construir el proceso terapéutico. En términos aplicados, esto sugiere:

- **Planificación flexible y evaluación longitudinal del síntoma**, evitando decisiones clínicas basadas en una sola visita cuando hay variación significativa intra-mes; y complementando la evaluación con indicadores que capturen dimensiones temporales (variabilidad/impredecibilidad) además del “promedio”.
- **Competencias relacionales explícitas como contenido formativo**: validación situada del dolor, explicaciones clínicas que construyen confianza, y estrategias para enfrentar estigma y quiebres de confianza en la relación.
- **Co-responsabilidad y automanejo como objetivo clínico-pedagógico**: favorecer co-creación del plan, apoyo profesional percibido como

accesible/creíble, y toma de decisiones compartida para fortalecer autoeficacia funcional.

- **Dispositivos de soporte al estudiante** (debriefing, tutorías reflexivas, espacios estructurados entre pares) para transformar la carga emocional y dilemas éticos en criterio clínico, disminuyendo el riesgo de afrontamiento evitativo o rigidización biomédica.
- **Coordinación interprofesional como parte del currículum vivido:** prácticas simples de coordinación (p. ej., “reuniones breves de coordinación del equipo” regulares) para continuidad del cuidado y manejo de complejidad.

5.3 Limitaciones y líneas futuras

Este estudio debe leerse como conocimiento situado, dependiente del contexto formativo y asistencial en que se desarrolló; por ello, su contribución principal es profundizar la comprensión del fenómeno más que generalizar en sentido positivista. En concreto, los hallazgos provienen de relatos de estudiantes en un marco institucional particular y podrían variar en contextos con distintos modelos de supervisión, cargas asistenciales o culturas clínicas. Asimismo, la participación voluntaria pudo favorecer la inclusión de estudiantes con mayor disposición a reflexionar. Finalmente, dada la cercanía entre formación y evaluación, no puede descartarse completamente la deseabilidad social en algunas narrativas; no obstante, este riesgo se abordó mediante resguardos éticos explícitos y decisiones de rigor, incluyendo aprobación por dos comités de ética, un guion de entrevista revisado por dos psicólogos con experiencia en investigación cualitativa, un diario reflexivo del investigador para sostener reflexividad, y un análisis guiado por el método de Colaizzi para fortalecer trazabilidad y coherencia interpretativa.

A nivel del campo, persiste una brecha de investigación cualitativa respecto de cómo la atención de fibromialgia durante la formación clínica moldea la

identidad clínica, lo que abre líneas futuras. En particular, sería pertinente replicar este tipo de estudios en otros campos clínicos y universidades para fortalecer la transferibilidad de los hallazgos; incorporar las perspectivas de pacientes y supervisores para contrastar el “currículum vivido” y triangular la experiencia formativa; y explorar, mediante diseños mixtos, cómo variables del entorno educativo-clínico (por ejemplo, tiempos protegidos de supervisión, estilo de retroalimentación y estabilidad del tutor) se asocian con resultados educativos como confianza comunicacional, toma de decisiones clínicas y adherencia a un abordaje biopsicosocial.

CONCLUSIONES

En coherencia con los objetivos específicos, la investigación logró caracterizar la experiencia de los estudiantes, identificando la atención de personas con fibromialgia como un hito formativo de alta complejidad. Este resultado se sostiene en el enfoque fenomenológico, que permitió acceder a la vivencia subjetiva y comprender cómo la variabilidad sintomática y la carga emocional demandan decisiones situadas, al tiempo que sitúan el vínculo terapéutico como eje operativo del cuidado. En este marco, uno de los aportes centrales del estudio es mostrar que la identidad clínica se consolida no solo por el conocimiento del enfoque biopsicosocial, sino por la capacidad de traducirlo en comunicación y decisiones clínicas durante el encuentro terapéutico. Como limitación, y en consonancia con la naturaleza cualitativa del diseño, los hallazgos deben leerse como conocimiento situado: buscan profundizar la comprensión del fenómeno en un contexto específico más que producir generalización estadística. Finalmente, los resultados abren nuevas líneas de indagación, tales como: ¿de qué manera los estilos de supervisión influyen en la seguridad del estudiante frente al dolor crónico?, y ¿qué efectos tiene esta experiencia formativa en la práctica profesional a largo plazo? En términos de proyección, se sugiere fortalecer los internados mediante espacios sistemáticos de reflexión estructurada y condiciones institucionales que permitan transformar las tensiones del rol en aprendizaje profesional y criterio clínico más sólido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar-Rodríguez, M., Kulju, K., Hernández-Guillén, D., Mármol-López, M. I., Querol-Giner, F., & Marques-Sule, E. (2021). Physiotherapy students' experiences about ethical situations encountered in clinical practices. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8489. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168489>

Ahlsen, B., Engebretsen, E., Nicholls, D., & Mengshoel, A. M. (2020). The singular patient in patient-centred care: physiotherapists' accounts of treatment of patients with chronic muscle pain. *Medical humanities*, 46(3), 226–233. <https://doi.org/10.1136/medhum-2018-011603>

Albrecht, P. J., & Rice, F. L. (2016). Fibromyalgia syndrome pathology and environmental influences on afflictions with medically unexplained symptoms. *Reviews on environmental health*, 31(2), 281–294. <https://doi.org/10.1515/reveh-2015-0040>

Anjum, R. L., Copeland, S., & Rocca, S. (Eds.). (2020). *Rethinking causality, complexity and evidence for the unique patient*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-41239-5>

Awiagah, S. K., Dordunu, R., Hukporti, N., Nukunu, P. E., & Dzando, G. (2024). Barriers and facilitators to clinical supervision in Ghana: A scoping review. *SAGE Open Nursing*, 10, 23779608241255263. <https://doi.org/10.1177/23779608241255263>

Babatunde, F., MacDermid, J., & MacIntyre, N. (2017). Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: a scoping review of the literature. *BMC health services research*, 17(1), 375. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2311-3>

Bartley, E. J., Robinson, M. E., & Staud, R. (2018). Pain and Fatigue Variability Patterns Distinguish Subgroups of Fibromyalgia Patients. *The journal of pain*, 19(4), 372–381. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.11.014>

Boge-Olsnes, C. M., Risør, M. B., & Øberg, G. K. (2023). Exploring the potential of a standardized test in physiotherapy: making emotion, embodiment, and therapeutic alliance count for women with chronic pelvic pain. *Frontiers in psychology*, 14, 1166496. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1166496>

Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C., & Walter, F. (2016). Member checking: A tool to enhance trustworthiness or merely a nod to validation? *Qualitative Health Research*, 26(13), 1802–1811. <https://doi.org/10.1177/1049732316654870>

Breen, L. J. (2007). The researcher 'in the middle': Negotiating the insider/outsider dichotomy. *The Australian Community Psychologist*, 19(1), 163–174.

Carrasco-Vega, E., Guiducci, S., Nacci, F., Bellando Randone, S., Bevilacqua, C., Gonzalez-Sanchez, M., & Barni, L. (2024). Efficacy of physiotherapy treatment in medium and long term in adults with fibromyalgia: An umbrella of systematic reviews. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 42(6), 1248–1261. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/ctfuge>

Carroll, S. P., Augeard, N., Tennant, J., & Seenan, C. (2021). How do the attitudes, confidence, knowledge and understanding differ in pre-registration healthcare students towards treating people with chronic pain: an observational, cross-sectional study. *European Journal of Physiotherapy*, 23(5), 311–318. <https://doi.org/10.1080/21679169.2020.1746830>

Ceprnja, D., Chipchase, L., Liamputtong, P., & Gupta, A. (2022). "This is hard to cope with": The lived experience and coping strategies adopted amongst Australian women with pelvic girdle pain in pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 96. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04426-3>

Clouder, L., Jones, M., Mackintosh, S., & Adefila, A. (2022). Development of autonomy on placement: Perceptions of physiotherapy students and educators in Australia and the United Kingdom. *Physiotherapy Theory and Practice*, 38(12), 2100–2110. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1898066>

Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In R. S. Valle & M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48–71). Oxford University Press.

Colombo, B., Zanella, E., Galazzi, A., & Arcadi, P. (2025). The Experience of Stigma in People Affected by Fibromyalgia: A Metasynthesis. *Journal of advanced nursing*, 81(10), 6317–6332. <https://doi.org/10.1111/jan.16773>

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.

Cupit, C., Finlay, T., & Pope, C. (2025). Mapping the social organisation of neglect in the case of fibromyalgia: Using Smith's Sociology for People to inform a systems-focused literature review. *Sociology of Health & Illness*, 47(2), e70008. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.70008>

Dadich, A., & Best, S. (2024). The mobilisation of professional identity: A scoping and lexical review. *PLOS ONE*, 19(4), e0298423. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298423>

Davidson, A. R., Kelly, J., Ball, L., Morgan, M., & Reidlinger, D. P. (2022). What do patients experience? Interprofessional collaborative practice for chronic conditions in primary care: an integrative review. *BMC primary care*, 23(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01595-6>

DeJonckheere, M., & Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Family medicine and community health*, 7(2), e000057. <https://doi.org/10.1136/fmch-2018-000057>

Demori, I., Losacco, S., Giordano, G., Mucci, V., Blanchini, F., & Burlando, B. (2024). Fibromyalgia pathogenesis explained by a neuroendocrine multistable model. *PLOS ONE*, 19(7), e0303573. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303573>

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (1998). *Collecting and interpreting qualitative materials*. SAGE Publications.

Di-Bonaventura, S., Ferrer-Peña, R., Pardo-Montero, J., Fernández-Carnero, J., & La Touche, R. (2024). Perceived benefits and limitations of a psychoeducation program for patients with fibromyalgia: an interpretative phenomenological analysis. *Frontiers in psychology*, 15, 1422894. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1422894>

Dobscha, S. K., Morasco, B. J., Kovas, A. E., Peters, D. M., Hart, K., & McFarland, B. H. (2015). Short-term variability in outpatient pain intensity scores in a national sample of older veterans with chronic pain. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 16(5), 855–865. <https://doi.org/10.1111/pme.12643>

Emanuel, E. J., Wendler, D., Killen, J., & Grady, C. (2004). What makes clinical research in developing countries ethical? The benchmarks of ethical research. *The Journal of infectious diseases*, 189(5), 930–937. <https://doi.org/10.1086/381709>

Feldman, R., Pincus, T., & Ben Ami, N. (2024). 'A challenge to my professional identity'- resisting the shift from over-management to self-management for back pain within an implementation trial: a qualitative study. *Physiotherapy*, 125, 101424. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2024.101424>

Fitzmaurice, B. C., Grenfell, R. L., Heneghan, N. R., Rayen, A. T. A., & Soundy, A. A. (2024). The Fibromyalgia Decomposition Phenomenon: A Reflexive Thematic Analysis. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 14(1), 47. <https://doi.org/10.3390/bs14010047>

Forbes, R., & Ingram, M. (2021). New-graduate physiotherapists' readiness for practice and experiences of managing chronic pain; a qualitative study. *Physiotherapy theory and practice*, 37(11), 1177–1184. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1692394>

García Rodríguez, D. F., & Abud Mendoza, C. (2020). Physiopathology of fibromyalgia. *Reumatología Clínica*, 16(3), 191–194. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2020.02.003>

Gastelurrutia, M. A. (2025). Construcción de una identidad profesional consistente como palanca para el cambio. *Farmacéuticos Comunitarios*, 17(1), 34–39. [https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.\(2025\).06](https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.(2025).06)

Green, J., & Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research* (4th ed.). SAGE Publications.

Ghio, D., Jaen Manzanera, A., Torguet Carbonell, J., Donoso Isla, C. I., Falcón Marchena, A. J., & Martínez Pardo, S. (2024). Health personnel perception about central sensitivity syndrome-fibromyalgia patients. *Reumatología Clínica*, 20(2), 73–79. <https://doi.org/10.1016/j.reumae.2024.01.004>

Giorgi, V., Sirotti, S., Romano, M. E., Marotto, D., Ablin, J. N., Salaffi, F., & Sarzi-Puttini, P. (2022). Fibromyalgia: One year in review 2022. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 40(6), 1065–1072. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/if9gk2>

Ha, M. T., & Siddiqui, Z. S. (2025). Understanding medical students' transition to clinical training: a qualitative study of transformative learning and professional identity formation. *BMJ open*, 15(6), e098675. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-098675>

Hansen, E. C. (2006). *Successful qualitative health research: A practical introduction*. Allen & Unwin.

Hayes, S. M., Myhal, G. C., Thornton, J. F., Camerlain, M., Jamison, C., Cytryn, K. N., & Murray, S. (2010). Fibromyalgia and the therapeutic relationship: where uncertainty meets attitude. *Pain research & management*, 15(6), 385–391. <https://doi.org/10.1155/2010/354868>

Holopainen, R., Simpson, P., Piirainen, A., Karppinen, J., Schütze, R., Smith, A., O'Sullivan, P., & Kent, P. (2020). Physiotherapists' perceptions of learning and implementing a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions: a systematic review and metanalysis of qualitative studies. *Pain*, 161(6), 1150–1168. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001809>

Hu, X. Y., Young, B., Santer, M., Everitt, H., Pearson, J., Bowers, H., Moore, M., Little, P., Pincus, T., Price, C., Robson, T., de Barros, C., Loewy, J., Magee, J., & Geraghty, A. W. A. (2025). Self-management interventions for chronic widespread pain including fibromyalgia: A systematic review and qualitative

evidence synthesis. *Pain*, 166(3), e36–e50.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003379>

Jurado-Priego, L. N., Cueto-Ureña, C., Ramírez-Expósito, M. J., & Martínez-Martos, J. M. (2024). Fibromyalgia: A review of the pathophysiological mechanisms and multidisciplinary treatment strategies. *Biomedicines*, 12(7), 1543.
<https://doi.org/10.3390/biomedicines12071543>

Kaihlanen, A. M., Gluschkoff, K., Koskinen, S., Salminen, L., Strandell-Laine, C., Fuster Linares, P., Sveinsdóttir, H., Fatkulina, N., Ní Chianáin, L., Stubner, J., Leino-Kilpi, H., & ProCompNurse Consortium. (2021). Final clinical practicum shapes the transition experience and occupational commitment of newly graduated nurses in Europe: A longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4782–4792. <https://doi.org/10.1111/jan.15060>

Karakuş, İ. H., Akça, E., Duruöz, M. T., & Sayar, K. (2025). Self-compassion, emotion regulation, and resilience as predictors of psychological well-being in fibromyalgia patients: a cross-sectional study. *Rheumatology international*, 45(7), 153. <https://doi.org/10.1007/s00296-025-05905-4>

Kurunsaari, M., Tynjälä, P., & Piirainen, A. (2022). Stories of professional development in physiotherapy education. *Physiotherapy Theory and Practice*, 38(11), 1742–1755. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1888341>

Laming, E., Johnstone, E., Brookes, N., & Ghio, D. (2025). P106 Exploring physiotherapy students' perceptions of managing chronic lower back pain in patients. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keaf142.146>

Lambert, C. (2006). Edmund Husserl: La idea de la fenomenología. *Teología y Vida*, 47(4), 517–529. <https://dx.doi.org/10.4067/S0049-34492006000300008>

Levy, S., Ohayon, S., Avitsur, R., & Geller, S. (2025). Psychological distress in women with fibromyalgia: The roles of body appreciation, self-compassion, and self-criticism. *International Journal of Behavioral Medicine*, 32(3), 351–359. <https://doi.org/10.1007/s12529-024-10302-5>

Longtin, C., Décary, S., Cook, C. E., Martel, M. O., Lafrenaye, S., Carlesso, L. C., Naye, F., & Tousignant-Laflamme, Y. (2021). Optimizing management of low back pain through the pain and disability drivers management model: A feasibility trial. *PloS one*, 16(1), e0245689. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245689>

Lönn, A., Weurlander, M., Seeberger, A., Hult, H., Thornberg, R., & Wernerson, A. (2023). The impact of emotionally challenging situations on medical students' professional identity formation. *Advances in health sciences education : theory and practice*, 28(5), 1557–1578. <https://doi.org/10.1007/s10459-023-10229-8>

Mankelow, J., Ryan, C. G., Morris, H., Lauchlan, D., Seenan, C., Taylor, P., & Martin, D. (2022). Charting physiotherapy students' attitudes toward people with chronic pain as they progress through their undergraduate programme: An observational study. *Physiotherapy theory and practice*, 38(13), 2658–2664. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1976890>

McGivern, E., Mandrusiak, A., Rahmann, A., & Forbes, R. (2025). “This patient is not appropriate”: Perspectives of physiotherapy students and clinical educators on exposing students to patients with complex needs during clinical practice placements. *Physiotherapy Theory and Practice*, 41(3), 617–632. <https://doi.org/10.1080/09593985.2024.2355243>

Mengshoel, A. M., Skarbø, Å., Hasselknippe, E., Petterson, T., Brandsar, N. L., Askmann, E., Ildstad, R., Løseth, L., & Sallinen, M. H. (2021). Enabling

personal recovery from fibromyalgia - theoretical rationale, content and meaning of a person-centred, recovery-oriented programme. *BMC health services research*, 21(1), 339. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06295-6>

Moreno-Gabriel, E., Bielsa-Pascual, J., Verdaguer, M., Carmona-Cervelló, M., Lamonja Vicente, N., León Gómez, B. B., Violan, C., & Torán-Monserrat, P. (2025). Experiencias de las personas con sintomatología neuropsicológica de COVID persistente en Cataluña: Un estudio fenomenológico. *Atención Primaria*, 57(6), 103214. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103214>

Morrow, R., Rodriguez, A., & King, N. (2015). Colaizzi's descriptive phenomenological method. *The Psychologist*, 28(8), 643–644.

Naylor, J., Killingback, C., & Green, A. (2023). What are the views of musculoskeletal physiotherapists and patients on person-centred practice? A systematic review of qualitative studies. *Disability and rehabilitation*, 45(6), 950–961. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2055165>

Nicola, M., Correia, H., Ditchburn, G., & Drummond, P. D. (2022). Defining pain-validation: The importance of validation in reducing the stresses of chronic pain. *Frontiers in pain research (Lausanne, Switzerland)*, 3, 884335. <https://doi.org/10.3389/fpain.2022.884335>

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>

Nygren-Bonnier, M., Högstedt, K., Laurell, A., & Boström, C. (2023). First and final year physiotherapy students' expectations of their future profession. *Physiotherapy theory and practice*, 39(11), 2366–2376. <https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2075295>

O'Connor, D. A., Baird, T., Jack, K., Wilkinson, R. G., Chambers, A., & Hamshire, C. (2024). Supporting physiotherapy learners in practice settings: a mixed methods evaluation of experiences of physiotherapy educators. *Physiotherapy theory and practice*, 40(8), 1807–1820. <https://doi.org/10.1080/09593985.2023.2219313>

Paul-Savoie, E., Bourgault, P., Potvin, S., Gosselin, E., & Lafrenaye, S. (2018). The impact of pain invisibility on patient-centered care and empathetic attitude in chronic pain management. *Pain Research & Management*, 2018, 6375713. <https://doi.org/10.1155/2018/6375713>

Potthoff, S., Koesling, D., & Bozzaro, C. (2025). Social dimensions as explanatory approaches for the development of chronic pain: a meta-ethnography of qualitative studies. *International journal for equity in health*, 24(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02560-w>

Reschke, D. J., Medoro, L., Dawber, C., & Millear, P. M. (2021). Group clinical supervision for nurses: Process, group cohesion and facilitator effect. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 38(3), 66–74. <https://doi.org/10.37464/2020.383.221>

Roitenberg, N., & Shoshana, A. (2021). Physiotherapists' accounts of fibromyalgia: role-uncertainty and professional shortcomings. *Disability and rehabilitation*, 43(4), 545–552. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1632939>

Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & quantity*, 52(4), 1893–1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>

Sherriff, B., Clark, C., Killingback, C., & Newell, D. (2022). Impact of contextual factors on patient outcomes following conservative low back pain treatment: systematic review. *Chiropractic & manual therapies*, 30(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12998-022-00430-8>

Silva, A. C., & Ferreira, J. (2019). Musculação e cotidiano laboral: Significados atribuídos às dores corporais em uma academia de ginástica do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(10), 3969–3976. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.26282017>

Solvang, P. K., & Fougner, M. (2023). Learning from clinical placement experience: How do undergraduate physiotherapy students approach person-centered practice? *Physiotherapy Theory and Practice*, 39(12), 2609–2624. <https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2089609>

Søndenå, P., Dalusio-King, G., & Hebron, C. (2020). Conceptualisation of the therapeutic alliance in physiotherapy: is it adequate?. *Musculoskeletal science & practice*, 46, 102131. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2020.102131>

Springer, S., Gleicher, H., & Hababou, H. (2018). Attitudes and beliefs about musculoskeletal pain and its association with pain neuroscience knowledge among physiotherapy students in Israel. *Israel journal of health policy research*, 7(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s13584-018-0266-4>

Stone, A. A., Broderick, J. E., Goldman, R. E., Junghaenel, D. U., Bolton, A., May, M., & Schneider, S. (2021). I. Indices of Pain Intensity Derived From Ecological Momentary Assessments: Rationale and Stakeholder Preferences. *The journal of pain*, 22(4), 359–370. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2020.08.003>

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1984). *Introduction to qualitative research methods: The search for meanings* (2nd ed.). Wiley.

Teo, M., Mohan, B., & Oelke, N. D. (2017). Developing and Implementing a Community-Based Model of Care for Fibromyalgia: A Feasibility Study. *Pain research & management*, 2017, 4521389. <https://doi.org/10.1155/2017/4521389>

Thompson, K., Johnson, M. I., Milligan, J., & Briggs, M. (2022). Rethinking pain education from the perspectives of people experiencing pain: a meta-ethnography to inform physiotherapy training. *BMJ open*, 12(1), e046363. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046363>

Thompson, K., Milligan, J., Briggs, M., Deane, J. A., & Johnson, M. I. (2023). A qualitative study to explore the acceptability and feasibility of implementing person-focused evidence-based pain education concepts in pre-registration physiotherapy training. *Frontiers in pain research (Lausanne, Switzerland)*, 4, 1162387. <https://doi.org/10.3389/fpain.2023.1162387>

Vázquez Canales, L. M., Pereiró Berenguer, I., Aguilar García-Iturrospe, E., & Rodríguez, C. (2024). Dealing with fibromyalgia in the family context: A qualitative description study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 42(2), 327–337. <https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2322103>

Vázquez-González, G., Allande-Cussó, R., Gómez-Salgado, J., Yildirim, M., Fagundo-Rivera, J., Climent-Rodríguez, J. A., & Navarro-Abal, Y. (2025). Prejuicios, actitudes y estereotipos de los profesionales de la salud hacia la fibromialgia: Una revisión sistemática. *Atención Primaria*, 57(9), 103251. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103251>

Voges, T. L., & Frantz, J. M. (2019). Clarifying the role of clinical supervisors according to physiotherapists at a higher education institution. *The South African journal of physiotherapy*, 75(1), 523. <https://doi.org/10.4102/sajp.v75i1.523>

Watson, J. A., Ryan, C. G., Cooper, L., Ellington, D., Whittle, R., Lavender, M., Dixon, J., Atkinson, G., Cooper, K., & Martin, D. J. (2019). Pain Neuroscience Education for Adults With Chronic Musculoskeletal Pain: A Mixed-Methods Systematic Review and Meta-Analysis. *The journal of pain*, 20(10), 1140.e1–1140.e22. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.02.011>

Weurlander, M., Lönn, A., Seeberger, A., Broberger, E., Hult, H., & Wernerson, A. (2018). How do medical and nursing students experience emotional challenges during clinical placements?. *International journal of medical education*, 9, 74–82. <https://doi.org/10.5116/ijme.5a88.1f80>

Woznowski-Vu, A., Martel, M. O., Ahmed, S., Sullivan, M. J. L., & Wideman, T. H. (2023). Task-based measures of sensitivity to physical activity predict daily life pain and mood among people living with back pain. *European journal of pain (London, England)*, 27(6), 735–748. <https://doi.org/10.1002/ejp.2103>

Yung, K., Jadhav, D., Ma, C., Majgaonkar, S., Manai, E., & Pearson, J. (2025). Exploring patient activation and self-management experiences in adults with fibromyalgia: a qualitative evidence synthesis. *Rheumatology advances in practice*, 9(2), rkaf025. <https://doi.org/10.1093/rap/rkaf025>

Zou, Y., Wang, L., Zheng, D., Li, H., Sun, R., & Zhang, Z. (2024). Exploration of undergraduate nursing students' perspectives on conducting specialized nursing education during internship: A phenomenological research study. *Nurse education in practice*, 80, 104103. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104103>

ANEXOS

Anexo I.

Categorías axiales, subcategorías y códigos emergentes del análisis fenomenológico

Categoría axial	Subcategoría	Códigos asociados
1. El dolor como experiencia compleja en la atención de pacientes con fibromialgia	1.1 Variabilidad y movilidad corporal del dolor	C1.1, C1.2, C1.3, C1.4, C1.5
	1.2 Dolor subjetivo y clínicamente desapercibido	C1.06, C1.07, C1.08
	1.3 Crisis y episodios críticos del dolor	C1.09, C1.10, C1.11
	1.4 Dimensiones emocionales, contextuales y funcionales del dolor	C1.12, C1.13, C1.14, C1.15, C1.16
2. Emociones existenciales en la vivencia formativa	2.1 Desbordamientos y tránsitos emocionales	C2.01, C2.02, C2.03, C2.04, C2.05
	2.2 Resonancia afectiva y encuentro con el sufrimiento del otro	C2.06, C2.07, C2.08, C2.09
	2.3 Sentidos formativos de logro y realización profesional	C2.10, C2.11, C2.12, C2.13
	2.4 Modos de sostener y regular emocionalmente la práctica clínica	C2.14, C2.15, C2.16, C2.17, C2.18, C2.19, C2.20
3. Demandas	3.1 Formación teórico-	C3.01, C3.02, C3.03, C3.04,

formativas percibidas en el abordaje del dolor persistente		práctica percibida como	C3.05, C3.06, C3.07, C3.08
		incompleta	
	3.2	Inseguridad y vulnerabilidad clínica en los primeros abordajes	C3.09, C3.10, C3.11, C3.12
	3.3	Construcción emergente del rol profesional	C3.13, C3.14, C3.15, C3.16
	3.4	Expectativas y necesidades formativas	C3.17, C3.18, C3.19, C3.20
	3.5	Condiciones institucionales y acompañamiento clínico vivido	C3.21, C3.22, C3.23, C3.24, C3.25
4. Toma de decisiones emergentes adaptabilidad clínica	4.1	Ajustes clínicos situados según la vivencia del día	C4.01, C4.02, C4.03
	4.2	Co-construcción y selección de prácticas corporales significativas	C4.04, C4.05, C4.06, C4.07, C4.08, C4.09
	4.3	Decisiones clínicas situadas en torno al cuidado y al juicio contextual	C4.10, C4.11, C4.12, C4.13, C4.14, C4.15, C4.16, C4.17
	4.4	Acompañamiento educativo en el proceso terapéutico	C4.18, C4.19
5. Experiencia del	5.1	Construcción del	C5.01, C5.02, C5.03, C5.04

vínculo terapéutico como centro del rol clínico	vínculo y presencia terapéutica	
	5.2 Comunicación resonante y validación	C5.05, C5.06, C5.07, C5.08
	5.3 Autonomía y corresponsabilidad terapéutica	C5.09, C5.10, C5.11, C5.12
	5.4 Tensiones en el encuentro clínico	C5.13
	5.5 Colaboración interprofesional vivida	C5.14, C5.15
6. Emergencia de la identidad clínica a través de la experiencia vivida	6.1 Integración encarnada del aprendizaje y comprensión ampliada del dolor	C6.01, C6.02, C6.03, C6.04, C6.05, C6.06
	6.2 Emergencia y afirmación del rol profesional	C6.07, C6.08, C6.09, C6.10, C6.11, C6.12
	6.3 Transferencia y expansión del aprendizaje	C6.13, C6.14, C6.15
	6.4 Reflexividad y transformación personal	C6.16, C6.17, C6.18, C6.19, C6.20, C6.21, C6.22, C6.23, C6.24

Listado de definiciones de códigos

C1.1 Fluctuación diaria de la intensidad del dolor; C1.2 Cambios inesperados entre días “buenos” y “malos”; C1.3 Inestabilidad que modifica la planificación terapéutica; C1.4 Movilidad del dolor entre distintas zonas corporales; C1.5 Presentación diversa del dolor entre sesiones y pacientes; C1.6 Dolor no observable externamente; C1.7 Dificultad inicial para comprender un dolor no visible; C1.8 Reconocimiento de la subjetividad del dolor narrado; C1.9 Episodios de agudización que desorganizan la sesión; C1.10 Bloqueo o paralización funcional en momentos críticos; C1.11 Necesidad de contención clínica en crisis intensas; C1.12 Influencia del estado emocional en la percepción del dolor; C1.13 Relación entre experiencias de vida, estrés y exacerbación; C1.14

Limitación para realizar actividades cotidianas; C1.15 Dificultad para ejecutar movimientos básicos; C1.16 Impacto en la autonomía y funcionalidad diaria; C2.01 Sensación de sobrecarga emocional; C2.02 Confusión y desborde ante situaciones inesperadas; C2.03 Impacto corporal del desborde afectivo; C2.04 Resonancia emocional intensa ante el sufrimiento del otro; C2.05 Emociones que superan recursos iniciales del estudiante; C2.06 Empatía profunda ante el dolor ajeno; C2.07 Identificación afectiva con la experiencia del paciente; C2.08 Conexión emocional movilizadora; C2.09 Afectación al sostener dolor extremo del otro; C2.10 Satisfacción por acompañamiento significativo; C2.11 Sentido de utilidad clínica y humana; C2.12 Reconocimiento del rol profesional en la práctica real; C2.13 Experiencia de logro personal y profesional; C2.14 Fluctuación entre seguridad e inseguridad; C2.15 Emociones contradictorias durante la jornada; C2.16 Tránsito desde el temor hacia la confianza; C2.17 Vivencia de incertidumbre ante lo nuevo; C2.18 Estrategias de autorregulación emocional; C2.19 Apoyo emocional entre pares y docentes; C2.20 Uso del cuerpo y presencia como sostén emocional; C3.01 Desconocimiento inicial sobre fibromialgia; C3.02 Formación teórica fragmentada o insuficiente; C3.03 Falta de claridad conceptual en dolor persistente; C3.04 Déficit de herramientas prácticas aplicadas; C3.05 Necesidad de articular teoría y práctica; C3.06 Escasa formación con enfoque biopsicosocial; C3.07 Primer acercamiento clínico tardío al dolor complejo; C3.08 Dificultad para aplicar teoría a casos reales; C3.09 Inseguridad al iniciar la atención; C3.10 Dudas sobre la propia competencia; C3.11 Vulnerabilidad emocional frente a la complejidad clínica; C3.12 Tensión ética por sentirse poco preparado; C3.13 Reconocimiento de límites personales; C3.14 Comprensión situada del rol del kinesiólogo; C3.15 Transformación identitaria desde la experiencia clínica; C3.16 Integración del rol educativo y relacional; C3.17 Búsqueda de mayor formación teórica; C3.18 Necesidad de fortalecer habilidades prácticas; C3.19 Interés por actualizar conocimientos; C3.20 Expectativa de mayor acompañamiento docente; C3.21 Limitaciones de infraestructura y recursos; C3.22 Condiciones organizacionales del internado; C3.23 Supervisión como sostén clínico; C3.24 Apoyo emocional de tutores y pares; C3.25 Guía clínica en situaciones críticas; C4.01 Adaptación de la sesión según el estado del día; C4.02 Modificación de carga según tolerancia; C4.03 Reajuste momentáneo según la vivencia corporal; C4.04 Progresión consensuada con el paciente; C4.05 Ajustes según respuesta corporal del momento; C4.06 Revisión continua del plan terapéutico; C4.07 Selección de ejercicios significativos; C4.08 Uso de actividades placenteras para favorecer movimiento; C4.09 Integración del ejercicio en actividades cotidianas; C4.10 Reconocimiento de oscilaciones emocionales en la sesión; C4.11 Adaptación según ánimo o disposición del paciente; C4.12 Ajustes ante frustración, temor o resistencia; C4.13 Flexibilidad para cambiar completamente la estrategia; C4.14 No forzar el ejercicio ante dolor elevado o crisis; C4.15 Implementación de resguardos clínicos; C4.16 Lectura del contexto vital para orientar decisiones; C4.17 Juicio clínico situado que integra señales corporales y emocionales; C4.18 Explicación del sentido terapéutico del ejercicio; C4.19 Educación sobre el dolor y su interpretación; C5.01 Construcción progresiva de confianza; C5.02 Apertura relacional del terapeuta; C5.03 Presencia corporal como

acompañamiento; C5.04 Vinculación como eje del proceso clínico; C5.05 Comunicación como sostén terapéutico; C5.06 Validación explícita de la experiencia; C5.07 Escucha empática profunda; C5.08 Co-construcción de significados; C5.09 Explicar el “por qué” y “para qué” de la intervención; C5.10 Facilitar autonomía progresiva; C5.11 Comprensión del proceso como responsabilidad compartida; C5.12 Negociación colaborativa de metas; C5.13 Dificultades relacionales como resistencia o desconfianza; C5.14 Trabajo conjunto con otros profesionales; C5.15 Acompañamiento docente como apoyo clínico; C6.01 Aprendizaje desde la experiencia directa; C6.02 Comprensión práctica del dolor complejo; C6.03 Integración progresiva de teoría y práctica; C6.04 Reconocimiento del sufrimiento invisible; C6.05 Apertura a dimensiones emocionales del dolor; C6.06 Sensibilidad ante la complejidad del caso clínico; C6.07 Desarrollo de autoconfianza clínica; C6.08 Verificación de capacidades en la práctica real; C6.09 Consolidación del sentido de competencia; C6.10 Descubrimiento del propio rol terapéutico; C6.11 Afirmación del rol desde la experiencia vivida; C6.12 Reconocimiento del impacto del propio actuar; C6.13 Aplicación del aprendizaje en otros contextos clínicos; C6.14 Expansión de la identidad clínica; C6.15 Relevancia transversal del aprendizaje; C6.16 Autoevaluación del actuar clínico; C6.17 Revisión crítica de decisiones; C6.18 Transformación del juicio clínico; C6.19 Integración formativo-experiencial; C6.20 Conciencia del proceso formativo; C6.21 Construcción de sentido desde la experiencia; C6.22 Significación personal de la vivencia; C6.23 Experiencia como hito formativo; C6.24 Reconfiguración del horizonte profesional.

Anexo II.

Pauta de la entrevista semiestructurada

Experiencias de los estudiantes de kinesiología en la atención de pacientes con fibromialgia durante el internado profesional

Introducción

Muchas gracias por participar en esta entrevista. Esta conversación tiene por objetivo conocer tu experiencia personal al atender a personas con fibromialgia durante tu internado profesional en el año 2025. No hay respuestas correctas o incorrectas; lo que nos interesa es cómo viviste esa experiencia, desde tu propio punto de vista. Tu participación es voluntaria y no tendrá ninguna consecuencia en tu proceso académico ni en tu relación con la universidad.

Es importante que sepas que algunas de las preguntas podrían evocar recuerdos o emociones sensibles. Si en algún momento necesitas una pausa, prefieres no responder o deseas terminar la entrevista, puedes hacerlo sin ninguna consecuencia. Esto está también garantizado en el consentimiento informado que firmaste previamente. Todo lo que compartas será tratado con confidencialidad y resguardo de tu identidad.

Durante la entrevista, si el entrevistador percibe señales de malestar emocional, te ofrecerá apoyo inmediato y podrá recordarte que cuentas con el respaldo de la Unidad de Apoyo Psicológico Institucional (CAPSI).

Las entrevistas serán grabadas en audio únicamente con tu autorización previa, ya confirmada en el consentimiento informado. Las grabaciones y sus transcripciones serán anonimizadas: no se registrará tu nombre ni datos identificatorios, y se usará un código alfanumérico asignado.

Antes de comenzar, ¿tienes alguna duda o algo que te gustaría aclarar?

Objetivo específico 1: Experiencias significativas en la atención a personas con fibromialgia

- 1- ¿Cómo describirías tu experiencia al atender a una persona con fibromialgia durante tu internado profesional?
- 2- ¿Qué momentos o aspectos de esa atención te llamaron especialmente la atención?
- 3- ¿Recuerdas haber experimentado alguna emoción durante esa atención? No buscamos juzgar lo que sentiste, sino comprender cómo viviste la experiencia y cómo influyeron esas emociones en tu vivencia de la atención.
- 4- ¿Cómo fue la interacción que tuviste con la persona diagnosticada con fibromialgia, especialmente en términos de comunicación y vínculo terapéutico?

Objetivo específico 2: Percepciones sobre la atención clínica a personas con fibromialgia

- 5- ¿Qué ideas, conocimientos o expectativas tenías sobre la fibromialgia antes de esa experiencia clínica?
- 6- ¿Esa experiencia influyó en la percepción, ideas o conocimientos que tenías sobre la fibromialgia? ¿De qué forma?
- 7- ¿Cómo comprendes el rol del kinesiólogo o kinesióloga en el manejo y acompañamiento de personas con fibromialgia?
- 8- ¿Cómo evaluarías tu nivel de preparación para atender este tipo de casos durante tu internado, considerando los aspectos teóricos, prácticos y emocionales?
 - ¿Qué factores crees que influyeron en ese nivel de preparación?

Objetivo específico 3: Motivaciones en la elección o evitación de estrategias clínicas durante la atención a personas con fibromialgia

9- ¿Qué estrategias o intervenciones decidiste utilizar durante la atención de esta persona con fibromialgia?

- ¿Qué aspectos influyeron en esa decisión?

10- ¿Recuerdas alguna estrategia clínica que hayas considerado, pero que finalmente decidiste no aplicar?

- Si es así, ¿Podrías contarnos por qué optaste por no usarla?

11- Durante la atención, ¿hubo algo que facilitó o dificultó tus decisiones clínicas o la implementación de estrategias?

12- ¿Cómo evaluaste las decisiones que tomaste durante o después de esa experiencia clínica?

- ¿Sientes que habrías actuado de otra manera si hubieses contado con mayor apoyo, formación o supervisión? (No buscamos evaluar si fue buena o mala, sino cómo te sentiste en el momento y después.)”

Cierre

13- En tus propias palabras, ¿cómo describirías lo que significó para ti atender a una persona con fibromialgia?

14- ¿Qué aprendizajes crees que esta experiencia te dejó sobre el dolor persistente o sobre la atención a personas con condiciones crónicas como la fibromialgia, en tu formación como futuro profesional de la salud?

15- ¿Hay algo más que quisieras compartir y que no hayamos tratado en esta entrevista?

Instrucciones para el/la entrevistador/a

(No se leen en voz alta, son de uso exclusivo del entrevistador/a)

- **Observar** atentamente señales de malestar emocional (llanto, silencios prolongados, tono de voz quebrado, gestos de incomodidad evidente).
- **Validar** si ocurre, con frases breves y empáticas:

“Gracias por compartir eso. ¿Quieres seguir o prefieres hacer una pausa?”

- **Priorizar el bienestar:**
 - Si el/la participante lo solicita o muestra incomodidad persistente, ofrece suspender la entrevista sin consecuencias.
 - Si es necesario, **recordar que la participación es voluntaria** y que puede retirarse en cualquier momento.
- **Derivación:** en caso de malestar que no se resuelva con contención inmediata, **sugerir derivación a la unidad de apoyo psicológico institucional**, proporcionando los datos de contacto disponibles.
- **Neutralidad del entrevistador:** mantener una actitud de escucha activa y empática, evitando emitir juicios, reforzar respuestas o sugerir direcciones en el relato. Formular las preguntas tal como están en la pauta, sin añadir ejemplos personales ni opiniones.

Finalizar la entrevista con una frase de cierre:

“Gracias por darte el tiempo de compartir tu experiencia. Lo que nos contaste es muy valioso para comprender mejor cómo se vive la formación clínica en estos casos. Si en algún momento necesitas conversar o recibir apoyo posterior, recuerda que puedes contactar a la unidad de apoyo psicológico institucional, cuyos datos están en el consentimiento informado.”

Nota

La presente pauta fue revisada por profesionales del equipo de psicología de la Universidad de las Américas, quienes evaluaron la pertinencia y el manejo ético de las preguntas, así como la incorporación de protocolos de contención emocional y derivación a apoyo psicológico institucional.

Anexo III.

Carta de respaldo del director de investigación (en Postgrado)



ANEXO III

Carta de respaldo del Director de Investigación (en Postgrado)

Yo Dra. María Salomé Mariotti Celis en mi calidad de Directora de Investigación y Postgrado de la Facultad de Medicina declaro conocer el proyecto de investigación titulado "Experiencias de los estudiantes de kinesiología en la atención de pacientes con fibromialgia durante el internado profesional " y sus documentos anexos, los cuáles serán presentados al Comité de Ética Científico.

A este respecto:

- Certifico que Cristian Gálvez Rodríguez, Investigador Responsable tiene la experiencia y conocimientos necesarios para dirigir este proyecto de investigación.
- Certifico que el proyecto ha sido revisado en su valor social, metodología y validez científica, al interior de la Unidad Académica, por lo que es considerado metodológicamente correcto, original y que puede aportar al conocimiento.
- Certifico que el Investigador Responsable cuenta con la disponibilidad de tiempo suficiente para llevar a cabo este estudio.
- En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho proyecto en nuestra Unidad y estoy de acuerdo con que sea presentado para la revisión y eventual aprobación por el CEC UFT.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,

Dra. María Salomé Mariotti Celis
Directora de Investigación y Postgrado de la Facultad de Medicina
Firma

c.c. Cristian Gálvez Rodríguez
OFECS

Enero 2024

Anexo IV.

Pauta de diario reflexivo del investigador

Título del estudio:

Experiencias de los estudiantes de kinesiología en la atención de pacientes con fibromialgia durante el internado profesional

Introducción

Este diario reflexivo tiene por objetivo documentar las percepciones, emociones, decisiones y posibles sesgos del investigador durante el proceso de recolección y análisis de datos. No busca evaluar a los participantes, sino promover la transparencia y la reflexividad del propio investigador. Asimismo, constituye parte del audit trail del estudio, aportando trazabilidad y credibilidad metodológica. Los registros serán tratados con resguardo ético, anonimizados y almacenados bajo las mismas condiciones de seguridad que el resto de los datos de investigación, por un periodo máximo de cinco años.

Secciones sugeridas para cada entrada

1. Contexto de la jornada

- Fecha y lugar.
- Entrevista realizada (código de participante).
- Condiciones del ambiente (ej. sala, interrupciones, ambiente emocional percibido).

2. Percepciones inmediatas durante la entrevista

- Sensaciones y actitudes del investigador (comodidad, tensión, empatía, cansancio, etc.).
- Observaciones sobre la dinámica con el/la participante.
- Reacciones corporales o no verbales propias (ej. tono de voz, gestos, respiración).

3. Reflexiones sobre el rol del investigador

- Identificación de posibles sesgos (ej. suposiciones previas sobre fibromialgia, afinidad con ciertos relatos, expectativas).
- Impacto de la formación y experiencia clínica en la interpretación inicial de las narrativas.
- Estrategias utilizadas para manejar prejuicios o expectativas.

4. Aspectos éticos observados

- Situaciones en las que se activaron estrategias de contención emocional.
- Verificación de confidencialidad y voluntariedad en todo momento.
- Decisiones tomadas para resguardar el bienestar del participante.

5. Aprendizajes y ajustes metodológicos

- Observaciones sobre la pertinencia de las preguntas.
- Ajustes que se podrían realizar en entrevistas futuras.
- Temas emergentes identificados durante la interacción.
- Comentarios sobre la aplicación del método de Colaizzi y trazabilidad del análisis.

6. Síntesis de la jornada

- Ideas centrales que emergieron para el investigador.
- Valoración personal sobre la relevancia de la sesión.
- Nota meta-reflexiva: impacto personal/profesional de la experiencia.
- Notas para integrar en el *audit trail* (registro sistemático).

Instrucciones para el investigador

- Registrar las notas **inmediatamente después de cada entrevista**, sin esperar más de 24 horas para garantizar frescura y precisión.
- Evitar emitir juicios de valor sobre los participantes; centrarse en el análisis del **propio rol, percepciones y posibles sesgos**.
- Mantener un lenguaje reflexivo, autocrítico y profesional, vinculando observaciones con el proceso investigativo.
- Archivar cada entrada con un **código correlativo** (ej. DR-01, DR-02...) en carpeta encriptada y protegida por contraseña, con acceso exclusivo del investigador responsable.
- Garantizar que el diario reflexivo se mantenga confidencial, **separado de las transcripciones** de los participantes, como parte del audit trail metodológico.

Anexo V.

Consentimiento informado



Universidad
Finis Terrae. | Comité
Ético Científico



1

ANEXO V

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Experiencias de los estudiantes de kinesiología en la atención de pacientes con fibromialgia durante su internado profesional en el año 2025

Nombre Investigador Responsable: Cristian Omar Gálvez Rodríguez

Unidad/Departamento/Servicio: Universidad Finis Terrae – Facultad de Medicina, Magíster en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud.

Teléfono: 999678301

Correo electrónico: cgalvezr2@uft.edu

Estudio patrocinado por (si fuese el caso): Este estudio no cuenta con patrocinio externo. Forma parte del proyecto de investigación para la obtención del grado de Magíster en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud de la Universidad Finis Terrae.

El propósito de este documento es brindarle toda la información necesaria para que usted pueda tomar una decisión libre y consciente sobre su participación en este estudio. Esta investigación recopilará información sobre sus experiencias como estudiante de Kinesiología en la atención de personas diagnosticadas con fibromialgia durante su internado profesional.

Este estudio corresponde a una investigación cualitativa en el ámbito de la docencia universitaria en ciencias de la salud. No involucra procedimientos clínicos ni intervenciones médicas.

Le solicitamos que lea cuidadosamente este documento. Si tiene dudas, puede formular todas las preguntas que considere necesarias al investigador antes de tomar su decisión. También puede tomarse el tiempo que requiera para reflexionar. Su participación es completamente voluntaria y su decisión, ya sea participar o no, no tendrá ninguna consecuencia negativa en su proceso académico, evaluativo ni clínico, ni en su relación con la universidad. Además, podrá retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión.

Septiembre 2025



1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Usted ha sido invitado/a a participar en este estudio porque finalizó su internado profesional durante el año 2025 y atendió al menos a una persona con diagnóstico de fibromialgia.

El objetivo de esta investigación es comprender cómo los y las estudiantes de Kinesiología viven la experiencia de atender a personas con fibromialgia durante su internado profesional en el año 2025. En particular, se busca identificar experiencias significativas, explorar percepciones personales e indagar en las motivaciones que influyen en la elección o evitación de estrategias clínicas.

La información obtenida no será utilizada para evaluar su desempeño académico, sino para aportar a la mejora de la formación clínica y promover una atención en salud más humana, empática y centrada en la persona.

PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN: METODOLOGÍA

Si usted acepta participar en esta investigación, se le invitará a realizar una entrevista individual que permitirá conocer en profundidad su experiencia como estudiante en la atención de personas diagnosticadas con fibromialgia durante su internado profesional en el año 2025.

Entrevista individual semiestructurada

- La entrevista tendrá una duración aproximada de 45 a 60 minutos, con preguntas abiertas orientadas a explorar situaciones, aprendizajes, emociones y reflexiones surgidas durante su práctica clínica con personas con fibromialgia.
- Será realizada por el investigador responsable, de forma presencial o virtual según su preferencia, en un espacio tranquilo, privado y fuera del entorno inmediato de supervisión docente.



- La invitación a participar fue gestionada por personal administrativo externo al equipo docente, a fin de resguardar la voluntariedad y evitar cualquier percepción de coerción.
- La conversación será grabada en audio únicamente con su autorización. Los audios serán eliminados tras su transcripción y las transcripciones anonimizadas se conservarán en un archivo encriptado con acceso exclusivo del investigador por un máximo de cinco años.

Información adicional:

- No se le solicitará ninguna muestra biológica.
- No se accederá a información contenida en fichas clínicas ni se realizará ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Este estudio no implica riesgos físicos, ni contempla asignación a grupos o uso de placebo.
- Sus datos no serán utilizados en futuras investigaciones sin un nuevo consentimiento.
- Toda la información recopilada se utilizará exclusivamente para los fines de este estudio académico.
- Su participación es completamente voluntaria y no tendrá incidencia en su rendimiento académico, evaluaciones ni relación con la universidad.

2. BENEFICIOS

Usted no obtendrá beneficios personales directos por participar en esta investigación, en particular, **no existen beneficios académicos** asociados a la participación en este estudio. Sin embargo, su testimonio tendrá un alto valor académico y formativo. La información recopilada permitirá comprender cómo los y las estudiantes de Kinesiología experimentan la atención de personas con fibromialgia durante su internado profesional en el año 2025.



Este conocimiento puede contribuir a:

- Mejorar los procesos de formación clínica y tutoría en escenarios complejos.
- Identificar necesidades de apoyo académico y emocional para estudiantes en formación.
- Promover una educación en salud más empática, crítica y centrada en la persona.

De este modo, aunque no reciba un beneficio directo, su participación aportará a la construcción de programas formativos más sensibles y humanizados, lo que constituye un beneficio colectivo e institucional.

3. RIESGOS

Esta investigación no implica riesgos físicos ni procedimientos clínicos. No obstante, al tratarse de un estudio cualitativo centrado en experiencias personales vividas durante el internado profesional en el año 2025, podrían surgir recuerdos o emociones que generen malestar psicológico leve o incomodidad momentánea durante la entrevista.

El investigador está capacitado para reconocer señales de incomodidad, ofrecer contención inmediata y, si fuese necesario, derivar a los servicios de apoyo psicológico institucional. En caso de que esto ocurra, usted tendrá derecho a:

- Interrumpir o finalizar la entrevista en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión.
- Solicitar contención emocional inmediata durante la entrevista.
- Acceder, si lo requiere, a atención psicológica gratuita a través del Centro de Apoyo Psicológico Institucional (CAPSI) de la Universidad de Las Américas.



Contactos institucionales disponibles:

- **María Francisca Cifuentes Zunino**, Supervisora CAPSI,
mcifuentesz@udla.cl / 222531978.
- **Fabián Andrés Ramos Aguirre**, Psicólogo DAE,
framos@udla.cl / 222531925.

Se enfatiza que los riesgos previstos son mínimos y transitorios, y que los beneficios formativos y reflexivos derivados de su participación superan ampliamente cualquier incomodidad que pudiera presentarse.

4. COSTOS

Su participación en este estudio no implica ningún costo económico para usted. No se realizarán procedimientos clínicos ni se utilizarán instalaciones que generen cobros.

Todos los gastos asociados a la investigación, incluyendo materiales, uso de espacios y gestión de entrevistas, serán asumidos íntegramente por el investigador responsable. Este estudio no cuenta con financiamiento ni patrocinio externo.

Asimismo, no se entregarán compensaciones económicas por participar. La entrevista individual se coordinará en modalidad presencial o virtual, en un horario y lugar que se ajusten a su disponibilidad, de modo de facilitar su comodidad y minimizar cualquier inconveniente.

5. COMPENSACIONES

Septiembre 2025



Este estudio no contempla compensaciones económicas ni seguros asociados, ya que no involucra procedimientos clínicos, físicos ni farmacológicos y los riesgos previstos son mínimos y de tipo emocional leve.

En caso de que usted experimente malestar psicológico durante o después de su participación, tendrá derecho a recibir apoyo psicológico gratuito a través del Centro de Apoyo Psicológico Institucional (CAPSI) de la Universidad de Las Américas. Esta atención será ofrecida de manera oportuna y sin costo para usted, independientemente de su sistema previsional de salud.

De este modo, se asegura que cualquier situación de incomodidad o malestar sea abordada con los canales institucionales de apoyo disponibles.

Asimismo, su decisión de participar o no participar no tendrá efectos académicos presentes ni futuros: no afecta calificaciones, evaluaciones, prácticas/rotaciones/internados ni oportunidades académicas, y no otorga incentivos o puntajes. Los/las docentes evaluadores/as no conocerán su decisión, que será gestionada solo por el equipo investigador bajo seudonimización y confidencialidad. Rechazar o retirar el consentimiento tampoco limita su acceso a apoyos institucionales (CAPSI) ni condiciona su relación académica con la Universidad.

6. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Toda la información entregada en este estudio será tratada con estricto resguardo de su confidencialidad y anonimato. No se registrará su nombre ni ningún dato que permita identificarlo/a de forma directa o indirecta.



A cada participante se le asignará un código alfanumérico único (ejemplo: E1, E2...), el cual se usará para identificar la entrevista. No se mantendrá ninguna lista que vincule este código con su identidad real, por lo que sus respuestas serán imposibles de asociar a su persona.

La entrevista será grabada en audio y transcrita textualmente por el investigador responsable. Una vez realizada la transcripción y validada la fidelidad de la información mediante *member checking*, las grabaciones serán eliminadas de forma definitiva y segura. Las transcripciones anonimizadas se conservarán por un máximo de cinco años en un archivo encriptado y protegido con contraseña, con acceso exclusivo del investigador responsable. Transcurrido dicho plazo, serán eliminadas conforme a los protocolos éticos institucionales.

Por la naturaleza anonimizada de los datos, no se entregarán resultados individuales. No obstante, los hallazgos generales podrán ser compartidos con los participantes mediante un resumen ejecutivo redactado en lenguaje claro.

Los resultados podrán presentarse en congresos académicos o publicaciones científicas, pero siempre en forma agregada, anónima y no identificable. En ningún caso se revelará su nombre ni información que permita reconocerlo/a.

Los/las docentes que le evalúan no conocerán su decisión; esta información será gestionada solo por el equipo investigador, bajo seudonimización.

7. VOLUNTARIEDAD

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted tiene derecho a no aceptar participar o a retirarse en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones. Esto no afectará en ningún caso sus derechos como estudiante ni tendrá consecuencias negativas en su formación académica, evaluativa o administrativa.



Si decide retirarse, la grabación de su entrevista será eliminada de forma definitiva y la información obtenida no se utilizará en los análisis del estudio (aplicable hasta antes del inicio del análisis).

Considerando que esta investigación involucra a estudiantes en formación, se reconoce la posible relación de dependencia académica. Para proteger su autonomía y evitar cualquier conflicto de interés, se han adoptado medidas específicas:

- El proceso de invitación y entrega del consentimiento será realizado por una secretaria académica o profesional externo al equipo docente del internado.
- Las entrevistas serán conducidas por el investigador responsable, sin vínculo evaluativo vigente con los participantes.
- La recolección de datos se llevará a cabo una vez finalizado el internado profesional.

Su decisión de participar o no participar no influirá en sus calificaciones, evaluaciones, prácticas ni en su relación con docentes o con la universidad. Asimismo, su participación no será considerada como antecedente académico ni implicará beneficios formales dentro de su carrera.

Su decisión de participar o no participar es completamente voluntaria y no tendrá ningún efecto, presente ni futuro, en su situación académica. No existen ni existirán sanciones, ventajas ni beneficios académicos por su decisión (por ejemplo, no afecta calificaciones, evaluaciones, retroalimentaciones, acceso a actividades, prácticas, rotaciones, internados, convalidaciones u oportunidades académicas).

8. PREGUNTAS

Si tiene preguntas acerca de esta investigación médica, puede contactar o llamar al Investigador Responsable del estudio, **Cristian Gálvez Rodríguez**, al teléfono +56 9 9967 8301 o al correo electrónico cgalvezr2@uft.edu



Universidad
Finis Terrae. | Comité
Ético Científico



9

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Finis Terrae. Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación, usted puede comunicarse con la presidenta **Pilar Busquets Losada** al correo electrónico cec@uft.cl del Comité Ético Científico, o al teléfono +56 2 22420 7469.

9. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten, y que puedo retirarme de ella en el momento que lo desee.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado/forzada a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación según mi parecer y en cualquier momento que lo desee. En el caso de retiro, no sufriré sanción o pérdida de derechos académicos o institucionales.
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

Declaro que he leído este documento y comprendo la información entregada.

FIRMAS

Nombre del/la participante:

Firma:

Fecha:

Septiembre 2025



Universidad
Finis Terrae. | Comité
Ético Científico



Nombre Investigador/a responsable: Cristian Omar Gálvez Rodríguez

Firma:

Fecha:

Nombre del Director/a de la Institución o su delegado/a:

Firma:

Fecha:

SUJETOS INCOMPETENTES

Este estudio **no contempla la participación de personas menores de edad ni de sujetos incompetentes para otorgar consentimiento informado**. Todos los participantes serán **adultos que ya han finalizado su internado profesional, legalmente responsables de sus decisiones** y capaces de comprender el propósito, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos asociados a esta investigación.

La participación se realizará conforme a lo establecido en el **Artículo 28 de la Ley N.º 20.584**, que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Septiembre 2025

ANEXO VI.

Carta de invitación a estudiantes



Universidad
Finis Terrae®

Comité
Ético Científico

Carta de invitación a estudiantes

Estimado/a estudiante:

Junto con saludarle cordialmente, me permito invitarle a participar en un estudio titulado: “**Experiencias de los estudiantes de Kinesiología en la atención de pacientes con fibromialgia durante su internado profesional en el año 2025**”, desarrollado en el marco del **Magíster en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud** de la Universidad Finis Terrae.

Este estudio tiene como objetivo comprender cómo los y las estudiantes de Kinesiología viven y significan sus experiencias al atender a personas con fibromialgia, a fin de generar conocimiento útil para fortalecer la formación clínica y promover una atención más empática y centrada en la persona.

Usted ha sido invitado/a porque, durante su internado profesional, ha atendido al menos a una persona diagnosticada con fibromialgia. Si decide participar, se le solicitará realizar la siguiente actividad voluntaria:

- Una entrevista individual (45–60 minutos), en modalidad presencial o virtual.

La participación es **completamente voluntaria, confidencial y no evaluativa**. Su decisión no afectará en ningún caso su rendimiento académico, sus evaluaciones ni su relación con docentes o con la universidad.

En caso de que durante la entrevista se presenten emociones difíciles o malestar, contará con el apoyo gratuito del **Centro de Apoyo Psicológico Institucional (CAPSI)** de la universidad, cuyos contactos estarán disponibles desde el inicio.

Si desea recibir más información sobre el estudio o resolver dudas, puede escribir al investigador responsable al correo: **cgalvezr2@uft.edu**.

Agradezco desde ya su interés en esta invitación y quedo atento a cualquier consulta.

Atentamente,

Cristian Gálvez Rodríguez

Investigador responsable

Magíster en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud

Universidad Finis Terrae

Anexo VII.

Afiche informativo del proyecto

¿ERES ESTUDIANTE DE KINESIOLOGÍA EN INTERNADO PROFESIONAL?

¿Has atendido a pacientes
con fibromialgia?

¡Queremos conocer tu
experiencia!



SEPTIEMBRE, 2025

Interesado/a en participar:
kinesiologo.cristiangalvez@gmail.com
WhatsApp: +56 9 99678301

Proyecto aprobado por el Comité de Ética Científica de
la Universidad Finis Terrae.

¿Qué debes hacer?

- Participar en una entrevista de 45-60 minutos.
- Redactar un diario reflexivo durante dos semanas.

¿Por qué participar?

- Apoyar la mejora de la formación clínica.
- Reflexionar sobre tu desarrollo profesional.

**CONFIDENCIALIDAD
GARANTIZADA.**

**PARTICIPACIÓN 100%
VOLUNTARIA. PUEDES
RETIRARTE EN CUALQUIER
MOMENTO.**

Invita:



Anexo VIII.

Acta de resolución nuevo estudio comité Ético Científico Universidad Finis Terrae



Universidad
Finis Terrae. | Comité
Ético Científico

**ACTA DE RESOLUCIÓN NUEVO ESTUDIO
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
Reacreditado por SEREMI de Salud
Resolución Exenta N°2313656478 del 08 de abril de 2024**

Fecha y N° de Sesión: 08 de septiembre del 2025, sesión n°18

ID Protocolo: 25-073

Título del Proyecto: Experiencias de los estudiantes de kinesiología en la atención de pacientes con fibromialgia durante su internado profesional en el año 2025.

Investigador Responsable: Cristian Omar Gálvez Rodríguez

Tipo de estudio: Post grado

Facultad/Unidad Académica: Magister en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud

Miembros del Comité que participaron en la aprobación del estudio:

Pilar Busquets Losada, Presidenta CEC-UFT

Karin Weinborn Astudillo, Vice presidenta CEC-UFT

Andrea Villagrán Torres, Secretaria Ejecutiva CEC-UFT

María Angélica Sotomayor, Abogado miembro externo

Francisca Valdivieso Undurraga, Facultad de medicina

Paulo López Soto, Instituto de Bioética

Carolina Caffarena, Facultad de Educación, psicología y Familia

Alyssa Garay Navea, Representante de la comunidad

Documentos recibidos y revisados por el Comité:

- Proyecto de Investigación
- Curriculum vitae del investigador
- Certificado de título profesional
- Anexo I "Ficha de presentación"
- Anexo II "Compromiso del Investigador"
- Anexo III "Respaldo Unidad Académica"
- Anexo IV "Resumen del proyecto de investigación para evaluación ética"
- Anexo V "Documento de Consentimiento Informado"

Considerando que:

1. El investigador responsable referido cuenta con la experiencia necesaria para la conducción y el desarrollo de este tipo de estudio;
2. La metodología descrita es apropiada para el cumplimiento del objetivo general del estudio que consiste en: *Comprender las experiencias de los estudiantes de kinesiología en la atención de pacientes con fibromialgia durante su internado profesional en el año 2025* y los respectivos objetivos específicos, de acuerdo con los estándares internacionales de rigor científico;

Enero 2024



3. Durante la conducción del estudio se garantiza un balance riesgo/beneficio favorable para los participantes;
4. El protocolo contempla todos los resguardos necesarios para la seguridad y bienestar de los participantes;
5. Se ha contemplado el resguardo de la confidencialidad de la información sensible e identificable en la difusión de los resultados, por lo que no introduce un riesgo de menoscabo para la intimidad de los participantes; y
6. Los participantes ingresarán voluntariamente luego de ser adecuadamente informados sobre los aspectos esenciales del estudio, sus deberes y derechos, y los plazos estipulados para el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

Constatado que, el texto del documento de Consentimiento Informado contiene:

1. La descripción general de los objetivos de la investigación;
2. El detalle de los procedimientos que involucra la participación en este estudio;
3. Los antecedentes sobre el uso que se dará a la información obtenida a partir de cada procedimiento de la investigación;
4. El compromiso respecto a la utilización actual y futura de la información, la que sólo se realizará dentro de los marcos del presente estudio y para el logro de dichos objetivos;
5. El resguardo de la confidencialidad y el anonimato de la información recogida, según corresponde a cada procedimiento del estudio;
6. El detalle respecto del costo en tiempo que significa la participación en el estudio;
7. La información sobre los beneficios y derechos frente a riesgos por la participación en la investigación; y
8. La voluntariedad de la participación y la garantía para cada participante de hacer abandono del estudio, sin repercusión alguna.

Resolución CEC UFT:

Este proyecto ha sido **aprobado** por este Comité con fecha **08 de septiembre del 2025** en la **sesión plenaria n°18**, la que tiene vigencia de un año.

El CEC solicita al investigador responsable que:

- 1.- Antes de iniciar el estudio, deberá contar con la autorización de la autoridad administrativa correspondiente a la institución en la cual se ejecute el estudio (Director Hospital, Centro de Salud, Colegio o quien corresponda). El no cumplimiento de esta obligación lo expone a sanciones administrativas de acuerdo a la legislación vigente.
- 2.- Para iniciar el proceso de consentimiento y de reclutamiento se debe disponer previamente de la última versión aprobada y timbrada por este Comité **los documentos de Consentimiento Informado e instrumentos**.



3.- La presente aprobación ética tiene una **validez de un año**, al cabo del cual deberá solicitar su renovación, con al menos 45 días de anticipación si desea continuar con el estudio. Si no ha recibido la respuesta oficial a su solicitud, el investigador deberá detener las actividades del proyecto, no podrá enrolar a ningún nuevo participante y no podrá proceder con el análisis de los datos.

4.- En la eventualidad de requerir cualquier modificación al estudio o a los documentos aprobados originalmente, el investigador deberá notificarlo al Comité por medio de una enmienda al correo cec@uft.cl para la evaluación y emisión de una nueva acta de resolución ética.

Muy cordialmente,

Andrea Villagrán Torres
Secretaría Ejecutiva CEC-UFT



Pilar Busquets Losada
Presidenta (s) CEC-UFT

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC-UFT

Se certifica que la información contenida en el presente documento es correcta y que refleja el Acta del Comité Ético Científico de la Universidad Finis Terrae (CEC-UFT). Este Comité adhiere a los principios éticos de la Universidad Finis Terrae que considera como eje fundamental el respeto a la dignidad de la persona humana en cualquier condición. Este Comité cumple además con las Guías de buena práctica clínica definidas por la Conferencia Internacional de Armonización (GCP-ICH); y con las leyes chilenas 19.628; 20.120; 20.584 y 20.850 que modifica el Código Sanitario.

Enero 2024

Anexo IX.

Resolución Comité Ético-Científico proyecto de investigación Universidad De Las Américas



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
COMITÉ ÉTICO-CIENTÍFICO

**RESOLUCIÓN
COMITÉ ÉTICO-CIENTÍFICO
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**
Acreditado por SEREMI de Salud, Resolución N° 2213474600 del 27 de diciembre de 2022

I. Identificación del Estudio

ID del Proyecto	CEC_FP_2025039
-----------------	----------------

Título de la propuesta de investigación	"Experiencias de los estudiantes de Kinesiología en la atención de personas con fibromialgia durante su internado profesional en el año 2025"
Nombre del investigador responsable	Cristian Gálvez Rodríguez
Nombre de la institución patrocinante	Universidad de Las Américas
Fuente de financiamiento	Sin financiamiento. Tesis del investigador en programa de Magíster en Docencia Universitaria, Universidad Finis Terrae
Disciplina	Educación superior
Área de aplicación	Práctica clínica
Lugar de realización del estudio	Sede Santiago, Universidad de Las Américas (UDLA)

II. Documentos revisados

- Carta de presentación del investigador principal
- Carta de compromiso del investigador principal
- Carta de suscripción a la Declaración de Singapur, firmada por el investigador principal
- Curriculum vitae del investigador responsable
- Certificado de título de kinesiólogo, otorgado por Universidad de Las Américas
- Carta de aprobación del tutor del Magíster en Docencia Universitaria, profesor Abdul Hernández Cortina, académico de la Universidad Finis Terrae
- Carta de apoyo a la realización de la investigación, en particular para convocar a estudiantes de Kinesiología a ser parte de la muestra, firmada por Juan Octavio Castillo, director académico de campus (La Florida, UDLA)
- Carta de autorización para convocar a estudiantes de Kinesiología, firmada por Andrés Santana, director de Escuela de Kinesiología (UDLA)
- Afiche informativo del proyecto
- Carta de invitación a estudiantes
- Consentimiento informado adulto
- Instrumentos: pauta de entrevista semiestructurada; estrategia de búsqueda; pauta de diario reflexivo del investigador
- Documentos del Comité Ético Científico de Universidad Finis Terrae: consentimiento informado; acta de resolución que aprueba el proyecto, emitida el 8 de septiembre de 2025; ficha de



- presentación de una nueva investigación; compromisos de investigador responsable; carta de respaldo del director de unidad académica y resumen del proyecto para evaluación ética
- Protocolo de evaluación ética con personas

III. Comentarios del Comité

En la revisión del protocolo y los documentos, se actuó en conformidad con los principios y normas éticas que rigen la investigación en Universidad de Las Américas, los cuales se basan en la legislación nacional vigente, así como en las normas, guías y acuerdos internacionales sobre la investigación con seres humanos, animales y medio ambiente.

La presente propuesta de investigación empírica se enmarca en el ámbito de investigación en la educación superior. El estudio tiene como objetivo principal comprender las experiencias de los estudiantes de Kinesiólogía en la atención de personas con fibromialgia, durante su internado profesional, en el año 2025.

La investigación propuesta tiene utilidad social, pues, en el contexto formativo de las ciencias de la salud, y específicamente en kinesiólogía, el abordaje de condiciones complejas como la fibromialgia representa una oportunidad crucial para el desarrollo de competencias clínicas avanzadas. A pesar del reconocimiento creciente de la fibromialgia como una condición multidimensional, existe escasa literatura que aborde su impacto en la formación clínica de estudiantes de kinesiólogía. La mayoría de las revisiones y estudios cualitativos sobre intervenciones terapéuticas, como la de Hu et al. (2025), se concentran en aspectos de autogestión y no consideran el rol del profesional en formación. En paralelo, Vázquez-González et al. (2025) señalan que persisten prejuicios y estereotipos hacia personas con fibromialgia entre profesionales de salud, lo cual podría estar arraigado en falencias curriculares y limitar una atención empática y basada en evidencia.

El estudio posee un enfoque cualitativo, con diseño fenomenológico descriptivo, basado en la filosofía de Edmund Husserl e implementado según el método propuesto por Colaizzi. Esta aproximación permite acceder al significado profundo de la experiencia desde la perspectiva de quienes la vivieron. El estudio se enmarca en el paradigma interpretativo, con fundamentos en el socioconstruccionismo y la ética del cuidado, reconociendo el carácter reflexivo, subjetivo y contextual del conocimiento.

La muestra será intencionada y estará compuesta por estudiantes de Kinesiólogía de una universidad chilena, que hayan finalizado su internado profesional durante el año 2025, y que hayan atendido al menos a una persona con diagnóstico de fibromialgia. La invitación a participar será gestionada por personal administrativo o de coordinación académica, externo al equipo docente evaluador, a fin de resguardar la voluntariedad y evitar cualquier percepción de coerción.

La recolección de datos se realizará mediante entrevistas semiestructuradas individuales, permitiendo una exploración profunda de las vivencias clínicas desde lo narrativo y experiencial. El instrumento fue validado por dos profesionales del área de salud mental con experiencia en investigación cualitativa y acompañamiento psicológico, resguardando su idoneidad ética y metodológica. Las entrevistas serán grabadas en audio, transcritas de manera textual y anonimizadas;



las grabaciones serán eliminadas tras la transcripción y las transcripciones se conservarán por un máximo de cinco años en archivo encriptado con acceso exclusivo del investigador.

El análisis de datos seguirá las siete etapas del método de Colaizzi: lectura comprensiva, extracción de unidades de significado, formulación de significados, agrupación temática, descripción estructurada del fenómeno, validación con participantes (*member checking*) y formulación de la estructura esencial de la experiencia. Se resguardarán criterios de rigor como reflexividad del investigador y transferibilidad de los hallazgos a contextos formativos similares.

Se espera que los resultados del estudio aporten una comprensión situada de las experiencias clínicas de los estudiantes, identificando factores que favorecen u obstaculizan una atención ética, empática y efectiva. Los hallazgos podrían orientar mejoras en la tutoría clínica, el currículo formativo y las estrategias de acompañamiento a estudiantes en campos clínicos, contribuyendo a una formación profesional más crítica, humanizada y centrada en el cuidado de personas con dolor crónico de difícil manejo.

El estudio cumple con los estándares éticos y científicos que aseguran el adecuado resguardo del bienestar de las personas involucradas.

IV. Decisión del Comité

Se decide **APROBAR** el proyecto de investigación

Fecha de la decisión: 27 de octubre de 2025.



María Mafalda Robledano Piccolis
Presidenta
Comité Ético-Científico
Universidad de Las Américas



Anexo X.

Carta de aprobación del tutor de tesis

Cape Coral, Florida, USA
20 de agosto 2025

Señores
Comité Ético Científico
Universidad Finis Terrae

Presente

De mi consideración:

Por medio de la presente, en calidad de **tutor de tesis**, me es grato certificar que el estudiante **Cristian Omar Gálvez Rodríguez con Rut 17.728.722-9**, alumno regular del **Programa de Magister en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud de la Universidad Finis Terrae**, ha desarrollado bajo mi orientación y supervisión académica su proyecto de tesis titulado:

“Experiencias de los estudiantes de kinesiología en la atención de pacientes con fibromialgia durante el internado profesional”

Durante el proceso, el estudiante ha demostrado compromiso, responsabilidad y rigurosidad en el cumplimiento de las etapas de investigación, evidenciando un adecuado manejo de las competencias investigativas y metodológicas exigidas por el programa. Asimismo, la investigación se ajusta a los lineamientos éticos y académicos establecidos por la Universidad.

Por lo anterior, considero que el trabajo realizado reúne los méritos suficientes para ser presentado y defendido ante la Comisión Evaluadora correspondiente.

Sin otro particular, y agradeciendo la atención a la presente, les saluda cordialmente,

Atentamente,



Abdul Hernández Cortina
Tutor/a de Tesis
Programa de Magister en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud
Universidad Finis Terrae

Anexo XI.

Carta de apoyo del director académico del campus la florida de Universidad de las Américas



UNIVERSIDAD DE LAS
AMÉRICAS
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
COMITÉ ÉTICO-CIENTÍFICO

Juan Octavio Castillo Aravena
Director Académico de Campus
UDLA, La Florida
Dirección: Av. Walker Martínez 1360, La Florida, Santiago, Región Metropolitana.
Correo electrónico: juan.castillo@udla.cl

CARTA DE AUTORIZACIÓN DIRECTIVOS DE INSTITUCIONES O CENTROS

Sr.

Juan Octavio Castillo Aravena

Presente

Usted ha sido invitado(a) a participar como institución colaboradora en el proyecto de investigación titulado: **“Experiencias de los estudiantes de kinesiología en la atención de pacientes con fibromialgia durante el internado profesional”**, desarrollado por Cristian Omar Gálvez Rodríguez, estudiante del Magíster en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud de la Universidad Finis Terrae y docente de la Escuela de Kinesiología de la Universidad de Las Américas, como parte de su tesis final para la obtención del grado académico de Magíster. El objetivo de esta carta es entregarle la información necesaria para que pueda tomar una decisión informada respecto a autorizar la realización de esta investigación en la institución que usted dirige, la cual forma parte de la tesis final del Magíster en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud de la Universidad Finis Terrae.

El objetivo general del estudio es **comprender en profundidad las experiencias, percepciones y estrategias clínicas empleadas por estudiantes de Kinesiología de quinto año al atender personas con fibromialgia durante su internado profesional**, con el fin de aportar al mejoramiento de la formación clínica y promover una atención más humana y centrada en la persona.

Resultados esperados:

- Identificación de experiencias significativas vividas por estudiantes de Kinesiología de quinto año durante la atención de personas con fibromialgia en su internado profesional.
- Descripción de las percepciones y significados que los estudiantes atribuyen a estas experiencias clínicas.
- Reconocimiento de las estrategias y motivaciones que influyen en la elección o evitación de determinadas intervenciones durante la atención.
- Detección de desafíos y facilitadores presentes en el contexto clínico y formativo, incluyendo aspectos éticos, comunicacionales y emocionales.
- Generación de evidencia cualitativa que oriente mejoras en la tutoría clínica, la formación profesional y el abordaje de condiciones crónicas complejas como la fibromialgia.

- Generación de evidencia cualitativa que oriente mejoras en la tutoría clínica, la formación profesional y el abordaje de condiciones crónicas complejas como la fibromialgia.

Aporte científico:

- El estudio aportará evidencia cualitativa local sobre las experiencias de estudiantes de Kinesiología en el abordaje de personas con fibromialgia durante su internado profesional, un tema escasamente explorado en la literatura científica.
- Contribuirá a ampliar el conocimiento sobre los desafíos clínicos, comunicacionales y éticos que enfrentan los futuros kinesiólogos en contextos de alta complejidad y estigma, fortaleciendo el enfoque biopsicosocial en la formación profesional.
- Permitirá identificar factores que favorecen o dificultan el desarrollo de competencias clínicas y la atención centrada en la persona en casos de dolor crónico complejo.
- Servirá como base para el diseño de estrategias formativas, protocolos de tutoría clínica y futuras investigaciones orientadas a mejorar la formación y el acompañamiento de estudiantes en escenarios clínicos reales.

Aporte social:

- Contribuirá a la visibilización de las experiencias, desafíos y aprendizajes de estudiantes de Kinesiología en la atención de personas con fibromialgia, favoreciendo un mayor reconocimiento institucional y social de esta condición.
- Aportará información relevante para reducir el estigma asociado a la fibromialgia, promoviendo prácticas clínicas más empáticas, inclusivas y centradas en la persona.
- Favorecerá el fortalecimiento de la formación profesional en salud, lo que podría impactar en una atención más humanizada y sensible a las necesidades de las personas con dolor crónico.
- Servirá de base para generar espacios de reflexión y diálogo entre estudiantes, docentes y directivos sobre el abordaje de condiciones crónicas complejas en entornos formativos y asistenciales.

A través de la presente carta, se le solicita la autorización para que miembros del equipo de investigación a cargo del Sr. Cristian Omar Gálvez Rodríguez establezcan contacto con el centro que usted dirige, así como con sus integrantes a fin de coordinar la manera en que se puede invitar a los usuarios del centro a participar del estudio de manera voluntaria.

El procedimiento de toma de contacto y reclutamiento de los participantes del estudio es el siguiente:

El reclutamiento se realizará de forma ética y planificada, a través de la Secretaría Académica o personal designado por el investigador que no tenga vínculo evaluativo con los estudiantes. Se invitará a participar a quienes hayan finalizado su internado profesional y cumplan con los criterios de inclusión (haber atendido al menos a una persona diagnosticada con fibromialgia durante el

internado, disponibilidad y capacidad para participar), resguardando la equidad y voluntariedad del proceso.

A quienes cumplan los criterios se les enviará una carta de invitación personalizada al correo institucional, con información breve sobre el estudio y los datos de contacto del investigador para resolver dudas. Los estudiantes interesados podrán participar en una reunión informativa (presencial o virtual) donde se revisará y explicará en detalle el consentimiento informado. Este documento será claro, comprensible y se explicará de manera verbal por el investigador, garantizando la participación libre y voluntaria. Durante todo el proceso se respetarán los principios éticos de autonomía, beneficencia, confidencialidad y respeto, asegurando un entorno seguro y sin riesgos significativos para los participantes.

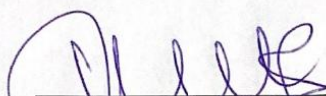
Al aceptar participar y autorizar el estudio en la institución que usted dirige, se le solicita que facilite las condiciones y, si fuese necesario, un espacio tranquilo y privado para la realización de las entrevistas.

Asimismo, el investigador ofrece la posibilidad de que usted y su institución reciban una retroalimentación general sobre los resultados del estudio una vez finalizado, ya sea de forma escrita o a través de una presentación. Cabe señalar que no se entregará información individualizada de los participantes, sino únicamente las conclusiones generales, resguardando así su confidencialidad y anonimato.

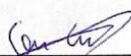
Si tiene cualquier duda o pregunta, puede contactarse con el investigador responsable del estudio, Cristian Omar Gálvez Rodríguez, al teléfono celular: +56 9 99678301 o al correo electrónico: cgalvezr2@uft.edu. Si tiene consultas respecto a los aspectos éticos o regulatorios de la investigación, puede comunicarse con el Comité de Ética Científico de la Universidad Finis Terrae, institución donde se desarrolla el programa de Magíster en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud al que pertenece este trabajo de tesis.

El Comité Ético-Científico (CEC) de la Universidad Finis Terrae, al correo electrónico: cec@uft.cl

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA CARTA DE AUTORIZACIÓN Y DE QUE ME EXPLIQUEN SU CONTENIDO, ASÍ COMO DE HACER PREGUNTAS ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN TITULADA: "EXPERIENCIAS DE LOS ESTUDIANTES DE KINESIOLOGÍA DE QUINTO AÑO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA DURANTE SU INTERNADO PROFESIONAL". HE COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO ENTREGADA Y, A TRAVÉS DE LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO, EXPRESO MI CONFORMIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE ESTUDIO EN LA INSTITUCIÓN QUE DIRIJO.



Juan Octavio Castillo Aravena
Director Académico de Campus
UDLA, La Florida



Cristian Omar Gálvez Rodríguez
Investigador responsable
Tesis final del Magíster en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud
Universidad Finis Terrae
Docente Escuela de Kinesiología, Universidad de Las Américas

Ciudad, cto, de Agosto de 2025.

Anexo XII.

Carta de apoyo del director de escuela de kinesiología de Universidad de las Américas



UNIVERSIDAD DE LAS
AMÉRICAS
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
COMITÉ ÉTICO-CIENTÍFICO

Edmundo Andres Santana Machuca
Director de Escuela de Kinesiología
Universidad de las Américas
Av. Walker Martínez 1360, La Florida, Santiago, Región Metropolitana.
andres.santana@udla.cl

CARTA DE AUTORIZACIÓN DIRECTIVOS DE INSTITUCIONES O CENTROS

Sr.

Edmundo Andres Santana Machuca

Presente

Usted ha sido invitado a participar como institución colaboradora en el proyecto de investigación titulado: **“Experiencias de los estudiantes de kinesiología en la atención de pacientes con fibromialgia durante el internado profesional”**, desarrollado por Cristian Omar Gálvez Rodríguez, estudiante del Magíster en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud de la Universidad Finis Terrae y docente de la Escuela de Kinesiología de la Universidad de Las Américas, como parte de su tesis final para la obtención del grado académico de Magíster. El objetivo de esta carta es entregarle la información necesaria para que pueda tomar una decisión informada respecto a autorizar la realización de esta investigación en la institución que usted dirige, la cual forma parte de la tesis final del Magíster en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud de la Universidad Finis Terrae.

El objetivo general del estudio es **comprender en profundidad las experiencias, percepciones y estrategias clínicas empleadas por estudiantes de Kinesiología de quinto año al atender personas con fibromialgia durante su internado profesional**, con el fin de aportar al mejoramiento de la formación clínica y promover una atención más humana y centrada en la persona.

Resultados esperados:

- Identificación de experiencias significativas vividas por estudiantes de Kinesiología de quinto año durante la atención de personas con fibromialgia en su internado profesional.
- Descripción de las percepciones y significados que los estudiantes atribuyen a estas experiencias clínicas.
- Reconocimiento de las estrategias y motivaciones que influyen en la elección o evitación de determinadas intervenciones durante la atención.
- Detección de desafíos y facilitadores presentes en el contexto clínico y formativo, incluyendo aspectos éticos, comunicacionales y emocionales.
- Generación de evidencia cualitativa que oriente mejoras en la tutoría clínica, la formación profesional y el abordaje de condiciones crónicas complejas como la fibromialgia.

Aporte científico:

- El estudio aportará evidencia cualitativa local sobre las experiencias de estudiantes de Kinesiología en el abordaje de personas con fibromialgia durante su internado profesional, un tema escasamente explorado en la literatura científica.
- Contribuirá a ampliar el conocimiento sobre los desafíos clínicos, comunicacionales y éticos que enfrentan los futuros kinesiólogos en contextos de alta complejidad y estigma, fortaleciendo el enfoque biopsicosocial en la formación profesional.
- Permitirá identificar factores que favorecen o dificultan el desarrollo de competencias clínicas y la atención centrada en la persona en casos de dolor crónico complejo.
- Servirá como base para el diseño de estrategias formativas, protocolos de tutoría clínica y futuras investigaciones orientadas a mejorar la formación y el acompañamiento de estudiantes en escenarios clínicos reales.

Aporte social:

- Contribuirá a la visibilización de las experiencias, desafíos y aprendizajes de estudiantes de Kinesiología en la atención de personas con fibromialgia, favoreciendo un mayor reconocimiento institucional y social de esta condición.
- Aportará información relevante para reducir el estigma asociado a la fibromialgia, promoviendo prácticas clínicas más empáticas, inclusivas y centradas en la persona.
- Favorecerá el fortalecimiento de la formación profesional en salud, lo que podría impactar en una atención más humanizada y sensible a las necesidades de las personas con dolor crónico.
- Servirá de base para generar espacios de reflexión y diálogo entre estudiantes, docentes y directivos sobre el abordaje de condiciones crónicas complejas en entornos formativos y asistenciales.

A través de la presente carta, se le solicita la autorización para que miembros del equipo de investigación a cargo del Sr. Cristian Omar Gálvez Rodríguez establezcan contacto con el centro que usted dirige, así como con sus integrantes a fin de coordinar la manera en que se puede invitar a los usuarios del centro a participar del estudio de manera voluntaria.

El procedimiento de toma de contacto y reclutamiento de los participantes del estudio es el siguiente:

El reclutamiento se realizará de forma ética y planificada, a través de la Secretaría Académica o personal designado por el investigador que no tenga vínculo evaluativo con los estudiantes. Se invitará a participar a quienes hayan finalizado su internado profesional y cumplan con los criterios de inclusión (haber atendido al menos a una persona diagnosticada con fibromialgia durante el internado, disponibilidad y capacidad para participar), resguardando la equidad y voluntariedad del proceso.

A quienes cumplan los criterios se les enviará una carta de invitación personalizada al correo institucional, con información breve sobre el estudio y los datos de contacto del investigador para resolver dudas. Los estudiantes interesados podrán participar en una reunión informativa (presencial o virtual) donde se revisará y explicará en detalle el consentimiento informado. Este documento será claro, comprensible y se explicará de manera verbal por el investigador, garantizando la participación libre y voluntaria. Durante todo el proceso se respetarán los principios éticos de autonomía, beneficencia, confidencialidad y respeto, asegurando un entorno seguro y sin riesgos significativos para los participantes.

Al aceptar participar y autorizar el estudio en la institución que usted dirige, se le solicita que facilite las condiciones y, si fuese necesario, un espacio tranquilo y privado para la realización de las entrevistas.

Asimismo, el investigador ofrece la posibilidad de que usted y su institución reciban una retroalimentación general sobre los resultados del estudio una vez finalizado, ya sea de forma escrita o a través de una presentación. Cabe señalar que no se entregará información individualizada de los participantes, sino únicamente las conclusiones generales, resguardando así su confidencialidad y anonimato.

Si tiene cualquier duda o pregunta, puede contactarse con el investigador responsable del estudio, Cristian Omar Gálvez Rodríguez, al teléfono celular: +56 9 99678301 o al correo electrónico: cgalvezr2@uft.edu. Si tiene consultas respecto a los aspectos éticos o regulatorios de la investigación, puede comunicarse con el Comité de Ética Científico de la Universidad Finis Terrae, institución donde se desarrolla el programa de Magíster en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud al que pertenece este trabajo de tesis.

El Comité Ético-Científico (CEC) de la Universidad Finis Terrae, al correo electrónico: cec@uft.cl

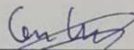
HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA CARTA DE AUTORIZACIÓN Y DE QUE ME EXPLIQUEN SU CONTENIDO, ASÍ COMO DE HACER PREGUNTAS ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN TITULADA: **“EXPERIENCIAS DE LOS ESTUDIANTES DE KINESIOLOGÍA DE QUINTO AÑO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA DURANTE SU INTERNADO PROFESIONAL”**. HE COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO ENTREGADA Y, A TRAVÉS DE LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO, **EXPRESO MI CONFORMIDAD Y AUTORIZACIÓN** PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE ESTUDIO EN LA INSTITUCIÓN QUE DIRIJO.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA CARTA DE AUTORIZACIÓN Y DE QUE ME EXPLIQUEN SU CONTENIDO, ASÍ COMO DE HACER PREGUNTAS ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN TITULADA: **“EXPERIENCIAS DE LOS ESTUDIANTES DE KINESIOLOGÍA DE QUINTO AÑO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA DURANTE SU INTERNADO PROFESIONAL”**. HE COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO ENTREGADA Y, A TRAVÉS DE LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO, **EXPRESO MI CONFORMIDAD Y AUTORIZACIÓN** PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE ESTUDIO EN LA INSTITUCIÓN QUE DIRIJO. ASIMISMO, **AUTORIZO EXPRESAMENTE LA CONVOCATORIA DE**

ESTUDIANTES DE KINESIOLOGÍA DE QUINTO AÑO A TRAVÉS DE LOS CANALES INSTITUCIONALES (SECRETARÍA ACADÉMICA Y/O COORDINACIÓN DE INTERNADO), PARA FINES DE RECLUTAMIENTO Y PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN EL ESTUDIO, SIN VÍNCULO EVALUATIVO NI INCENTIVOS ACADÉMICOS.



Edmundo Andres Santana Machuca
Director (I) Escuela de Kinesiología
Secretario Académico de Facultad
Facultad de Salud y Ciencias Sociales
Universidad de Las Américas



Cristián Omar Gálvez Rodríguez
Investigador responsable
Tesis final del Magíster en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud
Universidad Finis Terrae
Docente Escuela de Kinesiología, Universidad de Las Américas

Santiago, 10 de Octubre de 2025.

Anexo XIII.

Certificado de validación de instrumento



UNIVERSIDAD DE LAS
AMÉRICAS
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
COMITÉ ÉTICO-CIENTÍFICO

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
Centro de Atención Psicológica y Salud (CAPS)
Avda. Walker Martínez N.º 1360, Piso 1 – Santiago
Tel. (56 2) 2225 31978
Santiago, 29 de octubre de 2025

CERTIFICADO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Por medio de la presente, se deja constancia de que la **pauta de entrevista semiestructurada (Anexo 2)** del proyecto de investigación titulado **“Experiencias de los estudiantes de Kinesiología en la atención de personas con fibromialgia durante su internado profesional en el año 2025” (CEC_FP_2025039)**, fue sometida a **validación de contenido por juicio de expertos el 23 de julio de 2025**.

La revisión fue realizada por los suscritos, **profesionales del área de salud mental** pertenecientes al **Centro de Atención Psicológica y Salud (CAPS)** de la **Universidad de Las Américas**, con experiencia en acompañamiento psicológico universitario e investigación cualitativa.

El proceso de validación consideró los siguientes aspectos:

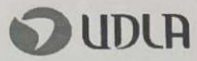
- Coherencia entre los objetivos del estudio y las preguntas formuladas.
- Pertinencia ética y emocional de los ítems, considerando el manejo de experiencias clínicas potencialmente sensibles.
- Claridad semántica y adecuación del lenguaje utilizado.
- Incorporación de protocolos de contención y derivación emocional para los participantes.

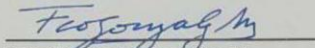
Como resultado, se realizaron **ajustes menores de redacción** y se **fortalecieron las indicaciones éticas y de contención emocional** incluidas en las instrucciones del entrevistador.

Con lo anterior, se certifica que la pauta de entrevista cuenta con **validación metodológica y ética adecuada**, en concordancia con los estándares del Comité Ético-Científico.

Validadores:

Francisca Cifuentes Zunino
Supervisora CAPS – Universidad de Las Américas
Tel. (56 2) 222531978 | mcifuentesz@udla.cl




Francisco Javier González M.

Supervisor Clínico CAPS – Universidad de Las Américas
Tel. (56 2) 2427 6032 | fgonzalezm@udla.cl

(Documento emitido por el Centro de Atención Psicológica y Salud – Universidad de Las Américas, a solicitud del investigador responsable del proyecto CEC_FP_2025039.)

Ciudad, Santiago, de 29 de Octubre de 2025.

Anexo XIV.

Carta Gantt del estudio

Fase / Mes	Agosto 2025	Septiembre 2025	Octubre 2025	Noviembre 2025	Diciembre 2025	Enero 2026
1. Envío al Comité de Ética y seguimiento	X	X				
2. Afiche de reclutamiento (ya elaborado)	X	X				
3. Reclutamiento de participantes		X				
4. Entrega de carta de invitación y consentimiento informado (firma y explicación)		X				
5. Aplicación de entrevistas semiestructuradas		X	X			
6. Transcripción y codificación inicial			X			
7. Análisis de datos (método Colaizzi)				X		
8. Member checking (validación con participantes)				X		
9. Redacción de resultados y discusión				X	X	
10. Revisión final y entrega del informe escrito						X

Anexo XV.

Estrategia de búsqueda

1. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las experiencias de los estudiantes de kinesiología en la atención de pacientes con fibromialgia durante su internado profesional en el año 2025?

Criterios de Holloway y Galvin (2017)

Fenómeno de estudio	Experiencias de los estudiantes sobre la atención de pacientes con fibromialgia.
Sujeto de estudio	Estudiantes de la carrera de kinesiología que realizaron su internado profesional.
Contexto	Internado profesional de kinesiología en instituciones de salud donde los estudiantes atienden pacientes con fibromialgia.
Temporalidad	Año 2025.

2. Conceptos claves derivados de la pregunta (español e inglés)

Español	Inglés
Estudiantes de kinesiología	Physical therapy students / Physiotherapy students
Fibromialgia	Fibromyalgia
Internado profesional	Clinical internship / Professional practicum
Experiencias	Experiences
Atención de pacientes	Patient care

3. Conceptos relacionados (español e inglés)

Español	Inglés
Formación clínica	Clinical education

Identidad profesional	Professional identity
Tutoría clínica	Clinical supervision
Significados	Meanings
Aprendizaje situado	Situated learning
Aprendizaje experiencial	Experiential learning
Rehabilitación	Rehabilitation
Investigación cualitativa	Qualitative research
Estudios fenomenológicos	Phenomenological research
Estudios etnográficos	Ethnographic studies
Teoría fundamentada	Grounded theory

4. Conceptos tesauros (MeSH – DeCS sugeridos)

Inglés	Tesauro
Fibromyalgia	MeSH: Fibromyalgia
Physical Therapy Specialty	MeSH: Physical Therapy Specialty
Students	MeSH: Students
Health Occupations	MeSH: Health Occupations
Clinical Competence	MeSH: Clinical Competence
Internship and Residency	MeSH: Internship and Residency
Qualitative Research	MeSH: Qualitative Research
Patient Care	MeSH: Patient Care
Grounded theory	MeSH: Grounded theory

5. Propuesta de estrategia de búsqueda

Estrategia de búsqueda					
Recurso electrónico	Conceptos	Ecuación de búsqueda	Recuperados	Revisados	Seleccionados
Pubmed 27/03/2025	Conceptos en español	Ecuaciones de búsqueda en español			
	Estudiantes de kinesiología	1. Estudiantes de kinesiología	11	11	1
	Fibromialgia	2. Fibromialgia (Filtro: 10 years; Full text)	109	109	37
	Internado profesional	3. Internado profesional (Filtro: 1 years; Full text)	2.030	40	2
	Experiencias	4. Experiencias (Filtro: 5 years; Free full text)	647	20	0
	Atención de pacientes	5. Atención de pacientes (Filtro: 5 years; Abstract; Free full text)	305	30	0

Formación clínica	6. Formación clínica (Filtro: 5 years; Abstract; Free full text)	49	49	2
Identidad profesional	7. Identidad profesional (Filtro: Abstract; Free full text)	2	2	1
Tutoría clínica	8. Tutoría clínica (Filtro: 5 years; Abstract; Free full text)	639	40	1
Significados	9. Significados (Filtro: 5 years; Abstract; Free full text)	11	11	0
Aprendizaje situado	10. Aprendizaje situado	0	0	0
Aprendizaje experiencial	11. Aprendizaje experiencial	1	1	0
Rehabilitación	12. Rehabilitación (Filtro: 5 years; Abstract; Free full text)	1.253	40	1
Investigación cualitativa	13. Investigación cualitativa (Filtro: 10	119	60	3

		years; Abstract; Free full text)			
	Estudios fenomenológicos	14. Estudios fenomenológicos (Filtro: 5 years; Abstract; Free full text)	2	2	2
	Estudios etnográficos	15. Estudios etnográficos (Filtro: 10 years; Abstract; Free full text)	7	7	1
	Teoría fundamentada	16. Teoría fundamentada (Filtro: 10 years; Abstract; Free full text)	18	18	3
		17. #1 AND #3 OR #6 AND #4 OR #9 (Filtro: 10 years; Abstract; Free full text) "estudiantes de kinesiología" AND "internado profesional"	37	37	2

		OR "formación clínica" AND "experiencias" OR "significados"			
		18.#1 AND #2 AND #5 OR #12 (Filtro: 5 years; Abstract; Free full text) "estudiantes de kinesiología" AND "fibromialgia" AND "atención de pacientes" OR "rehabilitación"	1.253	60	0
		19.#1 AND #6 OR #3 AND #7 "estudiantes de kinesiología" AND "formación clínica" OR "internado profesional" AND "identidad profesional"	0	0	0
		20.#1 AND #8 AND #10 OR #11 "estudiantes de	1	1	0

		kinesiología" AND "tutoría clínica" AND "aprendizaje situado" OR "aprendizaje experiencial"			
		21.#1 AND #13 AND #4 OR #9 (Filtro: 10 years; Abstract; Free full text) "estudiantes de kinesiología" AND "investigación cualitativa" AND "experiencias" OR "significados"	37	37	0
		22.#2 AND #5 AND #12 "fibromialgia" AND "atención de pacientes" AND "rehabilitación"	0	0	0
		23.#6 AND #8 AND #11 OR #10 "formación clínica" AND "tutoría clínica" AND "aprendizaje experiencial" OR	0	0	0

		"aprendizaje situado"			
		24.#7 AND #3 OR #6 AND #11 OR #10 "identidad profesional" AND "internado profesional" OR "formación clínica" AND "aprendizaje experiencial" OR "aprendizaje situado"	0	0	0
		25.#13 AND #14 OR #15 OR #16 (Filtro: 10 years; Abstract; Free full text) "investigación cualitativa" AND "estudios fenomenológicos" OR "estudios etnográficos" OR "teoría fundamentada"	18	18	0
		26.#1 AND #5 AND #7 "estudiantes de kinesiología" AND	0	0	0

		"atención de pacientes" AND "identidad profesional"			
Pubmed 27/03/2025	Conceptos en inglés	Ecuaciones de búsqueda en inglés			
	Physical therapy students	27.Physical therapy students (Filtro: 5 years; Abstract; Free full text)	2.256	60	13
	Physiotherapy students	28.Physiotherapy students (Filtro: 5 years; Abstract; Free full text)	1.948	80	18
	Fibromyalgia	29.Fibromyalgia (Filtro: 1 years; Abstract; Free full text)	584	100	27
	Clinical internship	30.Clinical internship (Filtro: 5 years; Abstract;	3.625	60	10

		Free full text)			
	Professional practicum	31. Professional practicum (Filtro: 5 years; Abstract; Free full text)	96	96	9
	Experiences	32. Experiences (Filtro: 1 years; Abstract; Free full text; Observational Study)	662	40	0
	Patient care	33. Patient care (Filtro: 1 years; Abstract; Free full text; Observational Study)	2.233	40	0
	Clinical education	34. Clinical education (Filtro: 1 years; Abstract; Free full text; Observational Study)	942	40	2
	Professional identity	35. Professional identity	23	23	1

		(Filtro: 5 years; Abstract; Free full text; Observational Study)			
	Clinical supervision	36.Clinical supervisión (Filtro: 5 years; Abstract; Free full text; Observational Study)	62	62	1
	Meanings	37.Meanings (Filtro: 1 years; Abstract; Free full text; Observational Study)	142	40	0
	Situated learning	38.Situated learning (Filtro: 5 years; Abstract; Free full text; Observational Study)	53	53	1
	Experiential learning	39.Experiential learning (Filtro: 5 years;	21	21	2

		Abstract; Free full text; Observational Study)			
	Rehabilitation	40.Rehabilitation (Filtro: 1 years; Abstract; Free full text; Observational Study)	672	50	0
	Qualitative research	41.Qualitative research (Filtro: 1 years; Abstract; Free full text; Observational Study)	110	110	2
	Phenomenological research	42.Phenomenological research (Filtro: 10 years; Abstract; Free full text; Observational Study)	19	19	2
	Ethnographic studies	43.Ethnographic studies (Filtro: 10 years;	62	62	1

		Abstract; Free full text; Observationa I Study)			
	Grounded theory	44.Grounded theory (Filtro: 10 years; Abstract; Free full text; Observationa I Study)	31	31	3
		45.#27 OR #28 AND #30 OR #31 AND #32 OR #37 (Filtro: 10 years; Abstract; Free full text; Observationa I Study) "physical therapy students" OR "physiotherapy students" AND "clinical internship" OR "professional practicum" AND "experiences" OR "meanings"	12	12	1

		<p>46.#27 OR #28 AND #29 AND #33 OR #40 (Filtro: 1 years; Abstract; Free full text; Observationa I Study)</p> <p>"physical therapy students" OR "physiotherapy students" AND "fibromyalgia" AND "patient care" OR "rehabilitation"</p>	557	100	0
		<p>47.#27 OR #28 AND #34 OR #30 AND #35</p> <p>"physical therapy students" OR "physiotherapy students" AND "clinical education" OR "clinical internship" AND "professional identity"</p>	10	10	3
		<p>48.#27 OR #28 AND #36 AND #38 OR</p>	6	6	0

		<p>#39 (Filtro: 10 years; Abstract; Free full text; Observationa I Study)</p> <p>"physical therapy students" OR "physiotherapy students" AND "clinical supervision" AND "situated learning" OR "experiential learning"</p>			
		<p>49.#27 OR #28 AND #41 AND #32 OR #37 (Filtro: 10 years; Abstract; Free full text; Observationa I Study)</p> <p>"physical therapy students" OR "physiotherapy students" AND "qualitative research" AND "experiences" OR "meanings"</p>	12	12	0

		<p>50.#29 AND #33 AND #40 (Filtro: Abstract; Free full text)</p> <p>"fibromyalgia" AND "patient care" AND "rehabilitation"</p>	8	8	1
		<p>51.#34 AND #36 AND #39 OR #38 (Filtro: 5 years; Abstract; Free full text)</p> <p>"clinical education" AND "clinical supervision" AND "experiential learning" OR "situated learning"</p>	63	63	2
		<p>52.#35 AND #30 OR #34 AND #39 OR #38 (Filtro: 5 years; Abstract; Free full text)</p> <p>"professional identity" AND "clinical</p>	85	85	6

		internship" OR "clinical education" AND "experiential learning" OR "situated learning"			
		53.#41 AND #42 OR #43 OR #44 (Filtro: 1 years; Abstract; Free full text) "qualitative research" AND "phenomenological research" OR "ethnographic studies" OR "grounded theory"	759	40	3
		54.#27 OR #28 AND #33 AND #35 "physical therapy students" OR "physiotherapy students" AND "patient care" AND "professional identity"	1	1	1
Pubme	Estrategia	Estrategia de			

d 27/03/2 025	tesauro (Terminos MeSH)	Búsqueda			
	Physical Therapy Specialty	55.Physical Therapy Specialty (Filtro: 1 years; Abstract; Free full text)	175	70	1
	Students	56.Students (Filtro: 1 years; Abstract; Free full text; Observationa I Study)	254	50	3
	Health Occupations	57.Health Occupations (Filtro: 1 years; Abstract; Free full text; Observationa I Study)	399	50	0
	Clinical Competence	58.Clinical Competence (Filtro: 1 years; Abstract; Free full text; Observationa I Study)	102	60	1

	Internship and Residency	59. Internship and Residency (Filtro: 5 years; Abstract; Free full text; Observational Study)	150	50	0
		60. #55 AND #56 AND #59 Physical Therapy Specialty AND Students AND Internship and Residency	13	13	6
		61. #55 AND #58 AND #59 Physical Therapy Specialty AND Clinical Competence AND Internship and Residency	15	15	4
		62. #56 AND #58 AND #59 (Filtro: 1 years; Abstract; Free full text)	83	40	4

		Students AND Clinical Competence AND Internship and Residency			
		63.#56 AND #57 AND #58 (Filtro: 1 years; Abstract; Free full text; Observationa I Study) Students AND Health Occupations AND Clinical Competence	14	14	0
		64.#55 AND #57 AND #58 (Abstract; Free full text; Observationa I Study) Physical Therapy Specialty AND Health Occupations AND Clinical Competence	3	3	2
		65.#55 AND #56 AND #58 (Abstract; Free full text;	3	3	0

		Observational Study) Physical Therapy Specialty AND Students AND Clinical Competence			
		66.#57 AND #58 AND #59 (Filtro: 5 years; Abstract; Free full text; Observational Study) Health Occupations AND Clinical Competence AND Internship and Residency	35	0	0
		67.#55 AND #56 AND #57 (Filtro: 5 years; Abstract; Free full text)	84	84	14

		Physical Therapy Specialty AND Students AND Health Occupations			
--	--	---	--	--	--

Estrategia de búsqueda					
Recurso electrónico	Conceptos	Ecuación de búsqueda	Recuperados	Revisados	Seleccionados
ERIC 27/03/2025	Conceptos en español	Ecuaciones de búsqueda en español			
	Estudiantes de kinesiología	68. Estudiantes de kinesiología	0	0	0
	Fibromialgia	69. Fibromialgia	0	0	0
	Internado profesional	70. Internado profesional	0	0	0
	Experiencias	71. Experiencias	55	55	0
	Atención de pacientes	72. Atención de pacientes	0	0	0
	Formación clínica	73. Formación clínica	0	0	0
	Identidad profesional	74. Identidad profesional	5	5	0
	Tutoría clínica	75. Tutoría clínica	0	0	0
	Significados	76. Significados	3	3	0
	Aprendizaje situado	77. Aprendizaje situado	0	0	0
	Aprendizaje experiencial	78. Aprendizaje experiencial	0	0	0
	Rehabilitación	79. Rehabilitación	0	0	0
	Investigación	80. Investigación	0	0	0

	cualitativa	cualitativa			
	Estudios fenomenológicos	81. Estudios fenomenológicos	0	0	0
	Estudios etnográficos	82. Estudios etnográficos	0	0	0
	Teoría fundamentada	83. Teoría fundamentada	0	0	0
		84. #68 AND #70 OR #73 estudiantes de kinesiología AND internado profesional OR formación clínica	0	0	0
		85. #68 AND #71 OR #76 estudiantes de kinesiología AND experiencias OR significados	0	0	0
		86. #73 OR #70 AND #74 formación clínica OR internado profesional AND identidad profesional	5	5	0
		87. #75 AND #77 OR #78 tutoría clínica AND aprendizaje situado OR	0	0	0

		aprendizaje experiencial			
		88.#80 AND #71 OR #76 investigación cualitativa AND experiencias OR significados	0	0	0
		89.#69 AND #79 OR #72 fibromialgia AND rehabilitación OR atención de pacientes	0	0	0
		90.#81 OR #83 AND #80 estudios fenomenológicos OR teoría fundamentada AND investigación cualitativa	0	0	0
		91.#77 OR #78 AND #73 aprendizaje situado OR aprendizaje experiencial AND formación clínica	0	0	0
		92.#68 AND #75 estudiantes de kinesiología AND tutoría clínica	0	0	0

		93.#74 AND #72 identidad profesional AND atención de pacientes	0	0	0
ERIC 27/03/2 025	Conceptos en inglés	Ecuaciones de búsqueda en inglés			
	Physical therapy students	94.Physical therapy students (Filtro: Since 2024)	72	72	8
	Physiotherap y students	95.Physiotherapy students (Filtro: Full text available on ERIC)	34	34	2
	Fibromyalgia	96.Fibromyalgia (Filtro: Full text available on ERIC)	4	4	0
	Clinical internship	97.Clinical internship (Filtro: Peer reviewed only,;Full text available on ERIC; Since 2024)	37	37	0
	Professional practicum	98.Professional practicum	11	11	0

	Experiences	99.Experiences (Filtro: Peer reviewed only,;Full text available on ERIC; Since 2024)	15	15	0
	Patient care	100. Patient care (Filtro: Peer reviewed only,;Full text available on ERIC; Since 2024)	14	14	0
	Clinical education	101. Clinical education (Filtro: Peer reviewed only,;Full text available on ERIC; Since 2024)	64	64	0
	Professional identity	102. Professional identity (Filtro: Peer reviewed only,;Full text available on ERIC; Since 2024)	104	45	1
	Clinical	103. Clinical	13	13	0

	supervision	supervisión (Filtro: Peer reviewed only,;Full text available on ERIC; Since 2024)			
	Meanings	104. Meanings (Filtro: Peer reviewed only,;Full text available on ERIC; In 2025)	3	3	0
	Situated learning	105. Situated learning (Filtro: Peer reviewed only,;Full text available on ERIC; Since 2024)	33	33	0
	Experiential learning	106. Experiential learning (Filtro: Peer reviewed only,;Full text available on ERIC; Since 2024)	176	45	0
	Rehabilitation	107. Rehabilitation	18	18	0

		(Filtro: Peer reviewed only,;Full text available on ERIC; Since 2024)			
	Qualitative research	108. Qualitative research (Filtro: Peer reviewed only,;Full text available on ERIC; In 2025)	12	12	0
	Phenomenological research	109. Phenomenological research (Filtro: Peer reviewed only,;Full text available on ERIC; Since 2024)	74	45	0
	Ethnographic studies	110. Ethnographic studies (Filtro: Peer reviewed only,;Full text available on ERIC; Since 2024)	28	28	0

	Grounded theory	111. Grounded theory (Filtro: Peer reviewed only,;Full text available on ERIC; Since 2024)	62	62	0
		112. #94 OR #95 AND #97 OR #98 AND #99 OR #104 (Filtro: Peer reviewed only,;Full text available on ERIC; Since 2021) physical therapy students OR physiotherapy students AND clinical internship OR professional practicum AND experiences OR meanings	13	13	0
		113. #94 OR #95 AND #96 AND #100 OR #107	1	1	0

		physical therapy students OR physiotherapy students AND fibromyalgia AND patient care OR rehabilitation			
		114. #94 OR #95 AND #101 OR #97 AND #102 (Filtro: Peer reviewed only,;Full text available on ERIC; Since 2016) physical therapy students OR physiotherapy students AND clinical education OR clinical internship AND professional identity	17	17	0
		115. #94 OR #95 AND #103 AND #105 OR #106 (Filtro: Full text available	3	3	1

		<p>on ERIC; Since 2021)</p> <p>physical therapy students OR physiotherapy students AND clinical supervision AND situated learning OR experiential learning</p>			
		<p>116. #94 OR #95 AND #108 AND #99 OR #104 (Filtro: Peer reviewed only; Full text available on ERIC; Since 2024)</p> <p>physical therapy students OR physiotherapy students AND qualitative research AND experiences OR meanings</p>	279	45	0
		<p>117. #96 AND #100 AND #107</p>	1	1	0

		fibromyalgia AND patient care AND rehabilitation			
		118. #101 AND #103 AND #106 OR #105 (Filtro: Peer reviewed only; Full text available on ERIC) clinical education AND clinical supervision AND experiential learning OR situated learning	11	11	0
		119. #102 AND #97 OR #101 AND #106 OR #105 (Filtro: Peer reviewed only; Full text available on ERIC) professional identity	5	5	0

		AND clinical internship OR clinical education AND experiential learning OR situated learning			
		120. #108 AND #109 OR #110 OR #111 (Filtro: Peer reviewed only; Full text available on ERIC; Since 2024) qualitative research AND phenomenological research OR ethnographic studies OR grounded theory	84	84	0
		121. #94 OR #95 AND #100 AND #102 (Filtro: Peer reviewed only; Full text available on ERIC; Since 2021)	31	31	0

		physical therapy students OR physiotherapy students AND patient care AND professional identity			
ERIC 27/03/2025	Estrategia tesauro	Estrategia de Búsqueda			
	Physical Therapy Specialty	122. Physical Therapy Specialty	16	16	0
	Students	123. Students (Filtro: Peer reviewed only; Full text available on ERIC; In 2025)	74	74	0
	Health Occupations	124. Health Occupations (Filtro: Peer reviewed only; Full text available on ERIC; Since 2024)	108	45	0
	Clinical Competence	125. Clinical Competence Health Occupations	31	31	0

		(Filtro: Peer reviewed only; Full text available on ERIC; Since 2021)			
	Internship and Residency	126. Internship and Residency (Filtro: Peer reviewed only; Full text available on ERIC)	5	5	0
		127. #122 AND #123 AND #126 (Filtro: Full text available on ERIC) Physical Therapy Specialty Students AND Internship and Residency	18	18	0
		128. #122 AND #125 AND #126 Physical Therapy	0	0	0

		Specialty AND Clinical Competence AND Internship and Residency			
		129. #123 AND #125 AND #126 (Filtro: Peer reviewed only; Full text available on ERIC) Students AND Clinical Competence AND Internship and Residency	1	1	0
		130. #123 AND #124 AND #125 (Filtro: Peer reviewed only; Full text available on ERIC; Since 2024) Students AND Health Occupations AND	30	30	1

		Clinical Competence			
		131. #122 AND #124 AND #125 (Filtro: Peer reviewed only; Full text available on ERIC) Physical Therapy Specialty AND Health Occupations AND Clinical Competence	2	2	0
		132. #122 AND #123 AND #125 (Filtro: Peer reviewed only; Full text available on ERIC) Physical Therapy Specialty AND Students AND Clinical Competence	9	9	0
		133. #124 AND #125 AND	1	1	0

		<p>#126 (Filtro: Peer reviewed only; Full text available on ERIC)</p> <p>Health Occupations AND Clinical Competence AND Internship and Residency</p>			
		<p>134. #122 AND #123 AND #124 (Filtro: Peer reviewed only; Full text available on ERIC)</p> <p>Physical Therapy Specialty AND Students AND Health Occupations</p>	17	17	0
Total		134	16.643	2.077	88

6. Clasificación de la evidencia según la etapa de la investigación

<p>ANTECEDENTES DEL PROBLEMA</p>	<p>(2) García Rodríguez, D. F., & Abud Mendoza, C. (2020). Physiopathology of fibromyalgia. <i>Fisiopatología de la fibromialgia. Reumatología clínica</i>, 16(3), 191–194. https://doi.org/10.1016/j.reuma.2020.02.003</p> <p>(2) Marques, A. P., Santo, A. S. D. E., Berssaneti, A. A., Matsutani, L. A., & Yuan, S. L. K. (2017). Prevalence of fibromyalgia: literature review update. <i>Revista brasileira de reumatologia</i>, 57(4), 356–363. https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.01.005</p> <p>(2) Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G., & Trillo-Mata, J. L. (2017). Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. <i>Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. Medicina clínica</i>, 149(10), 441–448. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008</p> <p>(2) Otón, T., Carmona, L., & Rivera, J. (2024). Patient-journey of fibromyalgia patients: A scoping review. <i>Reumatología clínica</i>, 20(2), 96–103. https://doi.org/10.1016/j.reumae.2023.07.005</p> <p>(2) Seoane-Mato, D., Sánchez-Piedra, C., Silva-Fernández, L., Sivera, F., Blanco, F. J., Pérez Ruiz, F., Juan-Mas, A., Pego-Reigosa, J. M., Narváez, J., Quilis Martí, N., Cortés Verdú, R., Antón-Pagés, F., Quevedo Vila, V., Garrido Courel, L., Del Amo, N. D. V., Paniagua Zudaire, I., Añez Sturchio, G., Medina Varo, F., Ruiz Tudela, M. D. M., Romero Pérez, A., ...</p>
----------------------------------	---

	<p>Bustabad, S. (2019). Prevalence of rheumatic diseases in adult population in Spain (EPISER 2016 study): Aims and methodology. Prevalencia de enfermedades reumáticas en población adulta en España (estudio EPISER 2016). Objetivos y metodología. <i>Reumatología clinica</i>, 15(2), 90–96. https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.06.009</p> <p>(2) Olivé Marqués A. (2020). Passive voice of fibromyalgia. La voz pasiva de la fibromialgia. <i>Reumatología clinica</i>, 16(2 Pt 1), 69–70. https://doi.org/10.1016/j.reuma.2019.12.001</p> <p>(2) Roth Damas, P., Folch Marín, B., Fernández Sánchez, M., & Palop Larrea, V. (2021). Síndrome de fibromialgia y miedo [Fibromyalgia syndrome and fear]. <i>Atencion primaria</i>, 53(9), 102137. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102137</p> <p>(2) Martín Sánchez V. (2017). Fibromialgia como paradigma de retos pendientes en la atención primaria [Fibromyalgia as a paradigm of outstanding challenges in primary care]. <i>Semergen</i>, 43(6), 415. https://doi.org/10.1016/j.semereg.2017.09.001</p> <p>(2) Muñoa-Capron-Manieux, M., & Gandarias-Olaran, L. (2022). Fibromialgia: adversidad desde el sistema sanitario [Fibromyalgia: Adversity from the healthcare system]. <i>Atencion primaria</i>, 54(3), 102273. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102273</p> <p>(2) Collado, A., Rivera, J., Alegre, C., & Casanueva, B. (2021). Fibromyalgia. Old opinions versus new knowledge. <i>Reumatología clinica</i>, 17(9), 554. https://doi.org/10.1016/j.reumae.2020.04.004</p>
--	--

(2) Murga, I., Guillen, V., & Lafuente, J. V. (2017). Cerebral magnetic resonance changes associated with fibromyalgia syndrome. Cambios en la resonancia magnética cerebral asociados al síndrome de fibromialgia. *Medicina clinica*, 148(11), 511–516.

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.01.034>

(2) Otón, T., Messina, O. D., Fernández Ávila, D. G., Robles San Román, M., Mata, D., Arguissain, C., Galindo Guzmán, J. M., Pérez, M., Carmona, L., & Grupo Fibrojourney Latam (2024). The patient journey of fibromyalgia in Latin America. *Reumatologia clinica*, 20(1), 32–42.

<https://doi.org/10.1016/j.reumae.2023.12.002>

(2) Ghio, G. A., Jaen Manzanera, A., Torguet Carbonell, J., Donoso Isla, C. I., Falcón Marchena, A. J., & Martínez Pardo, S. (2024). Health personnel perception about central sensitivity syndrome-fibromyalgia patients. *Reumatologia clinica*, 20(2), 73–79. <https://doi.org/10.1016/j.reumae.2024.01.004>

(2) Carrasco-Vega, E., Ruiz-Muñoz, M., Cuesta-Vargas, A., Romero-Galisteo, R. P., & González-Sánchez, M. (2022). Individuals with fibromyalgia have a different gait pattern and a reduced walk functional capacity: a systematic review with meta-analysis. *PeerJ*, 10, e12908.

<https://doi.org/10.7717/peerj.12908>

(2) Mendonça, B. T. V., Machado, V., Silva, G. G., & Dias, N. M. (2024). Executive functions and functioning in women with fibromyalgia. Funções executivas e funcionalidade em

	<p>mulheres com fibromialgia. <i>Arquivos de neuro-psiquiatria</i>, 82(9), 1–9. https://doi.org/10.1055/s-0044-1790577</p> <p>(2) Salaffi, F., Di Carlo, M., Bazzichi, L., Atzeni, F., Govoni, M., Biasi, G., Di Franco, M., Mozzani, F., Gremese, E., Dagna, L., Batticciotto, A., Fischetti, F., Giacomelli, R., Guiducci, S., Guggino, G., Bentivegna, M., Gerli, R., Salvarani, C., Bajocchi, G., Ghini, M., ... Sarzi-Puttini, P. (2021). Definition of fibromyalgia severity: findings from a cross-sectional survey of 2339 Italian patients. <i>Rheumatology (Oxford, England)</i>, 60(2), 728–736. https://doi.org/10.1093/rheumatology/keaa355</p> <p>(2) Acuña Ortiz, F. E., Capitán de la Cruz, V. A., & León Jiménez, F. E. (2017). Knowledge on fibromyalgia among general practitioners, from Chiclayo-Peru, 2016. Conocimientos de fibromialgia en médicos de atención primaria de la provincia de Chiclayo-Perú, 2016. <i>Reumatología clinica</i>, 13(6), 326–330. https://doi.org/10.1016/j.reuma.2016.08.005</p> <p>(2) Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G., & Trillo-Mata, J. L. (2019). Epidemiología y caracterización sociodemográfica de la fibromialgia en la Comunidad Valenciana [Epidemiology and sociodemographic characterization of the fibromyalgia in Comunidad Valenciana]. <i>Revista española de salud pública</i>, 93, e201912099.</p> <p>(2) Vázquez-González, G., Allande-Cussó, R., Gómez-Salgado, J., Yildirim, M., Fagundo-Rivera, J., Climent-Rodríguez, J. A., & Navarro-Abal, Y. (2025). Prejuicios, actitudes y estereotipos de los profesionales de la salud hacia la fibromialgia: una revisión sistemática [Prejudices, attitudes, and stereotypes of healthcare professionals towards fibromyalgia: A systematic</p>
--	---

review]. *Atencion primaria*, 57(9), 103251. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103251>

(2) Torres, X., Ojeda, B., Collado, A., Solé, E., Vergara, J., Gómez, E., Castells, X., & Arias, A. (2020). Characterization of Burnout Among Spanish Family Physicians Treating Fibromyalgia Patients: The EPIFFAC Study. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 33(3), 386–396. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.03.190201>

(2) Regal Ramos R. J. (2021). ¿Qué características epidemiológicas tienen los pacientes con fibromialgia e incapacidad laboral que se reincorporan a un puesto de trabajo? [What are the epidemiological characteristics of patients with work incapacity as a result of fibromyalgia who return to work?]. *Semergen*, 47(5), 287–294. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.03.010>

(2) Regal Ramos R. J. (2017). Características epidemiológicas de los pacientes evaluados por fibromialgia en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid [Epidemiological characteristics of patients evaluated with fibromyalgia in the Assessment of Disability Unit of Madrid]. *Semergen*, 43(1), 28–33. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.12.015>

(2) Mur Martí, T., Llordés Llordés, M., Custal Jordà, M., López Juan, G., & Martínez Pardo, S. (2017). Profile of patients with fibromyalgia being treated in primary care centers in Terrassa, a city in northeastern Spain. Perfil de pacientes con fibromialgia que acuden a los centros de atención primaria en

	<p>Terrassa. <i>Reumatologia clinica</i>, 13(5), 252–257. https://doi.org/10.1016/j.reuma.2016.05.008</p> <p>(2) El-Rabbat M, S., Mahmoud, N. K., & Gheita, T. A. (2018). Clinical significance of fibromyalgia syndrome in different rheumatic diseases: Relation to disease activity and quality of life. <i>Reumatologia clinica</i>, 14(5), 285–289. https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.02.008</p> <p>(12) Vidal-Neira, L. F., Neyro, J. L., Maldonado, G., Messina, O. D., Moreno-Alvarez, M., & Ríos, C. (2024). Climacteric and fibromyalgia: a review. <i>Climacteric : the journal of the International Menopause Society</i>, 27(5), 458–465. https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2376190</p> <p>(29) Argenbright, C. M., Bertlesman, A. M., Russell, I. M., Greer, T. L., Peng, Y. B., & Fuchs, P. N. (2024). The Fibromyalgia Pain Experience: A Scoping Review of the Preclinical Evidence for Replication and Treatment of the Affective and Cognitive Pain Dimensions. <i>Biomedicines</i>, 12(4), 778. https://doi.org/10.3390/biomedicines12040778</p> <p>(29) Wigers, S. H., Veierød, M. B., Mengshoel, A. M., Forseth, K. Ø., Dahli, M. P., Juel, N. G., & Natvig, B. (2024). Healthcare experiences of fibromyalgia patients and their associations with satisfaction and pain relief. A patient survey. <i>Scandinavian journal of pain</i>, 24(1), 10.1515/sjpain-2023-0141. https://doi.org/10.1515/sjpain-2023-0141</p> <p>(29) Cupit, C., Finlay, T., & Pope, C. (2025). Mapping the Social Organisation of Neglect in the Case of Fibromyalgia: Using</p>
--	---

Smith's Sociology for People to Inform a Systems-Focused Literature Review. *Sociology of health & illness*, 47(2), e70008. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.70008>

(29) Fors, E. A., Wensaas, K. A., & Helvik, A. S. (2024). Prevalence and characteristics of fibromyalgia according to three fibromyalgia diagnostic criteria: A secondary analysis study. *Scandinavian journal of pain*, 24(1), 10.1515/sjpain-2023-0143. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2023-0143>

(29) Mellace, D., Aiello, E. N., Del Prete-Ferrucci, G., De Sandi, A., Marfoli, A., Ruggiero, F., Mameli, F., Prandin, R., Curti, B., De Luca, G., Chieffo, D., Poletti, B., Pravettoni, G., Priori, A., Barbieri, S., & Ferrucci, R. (2024). Beyond pain: the influence of psychological factors on functional status in fibromyalgia. *Clinical and experimental rheumatology*, 42(6), 1224–1229. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/9qrqel>

(29) Treister-Goltzman, Y., & Peleg, R. (2024). Mood states and well-being of spouses of fibromyalgia patients: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 15, 1411709. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1411709>

(29) Liu, A., Jiang, H., Li, Y., Jiang, Z., Huang, S., & Ying, Z. (2024). Altered whole brain functional activity in patients with fibromyalgia. *Clinical and experimental rheumatology*, 42(6), 1164–1169. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/ntlvv6>

(29) Di Carlo, M., Farah, S., Atzeni, F., Alciati, A., Di Franco, M., Iannuccelli, C., Bazzichi, L., Bianchi, G., Giovale, M., Tirri, R., Guiducci, S., Guggino, G., Franceschini, F., Foti, R., Lo

	<p>Gullo, A., Biasi, G., Gremese, E., Dagna, L., Tirri, E., Giacomelli, R., ... Salaffi, F. (2025). Geographical disparities in fibromyalgia severity: An Italian study. <i>European journal of pain</i> (London, England), 29(3), e4735. https://doi.org/10.1002/ejp.4735</p> <p>(29) Hu, X. Y., Young, B., Santer, M., Everitt, H., Pearson, J., Bowers, H., Moore, M., Little, P., Pincus, T., Price, C., Robson, T., de Barros, C., Loewy, J., Magee, J., & Geraghty, A. W. A. (2025). Self-management interventions for chronic widespread pain including fibromyalgia: a systematic review and qualitative evidence synthesis. <i>Pain</i>, 166(3), e36–e50. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003379</p> <p>(29) Vázquez Canales, L. M., Pereiró Berenguer, I., Aguilar García-Iturrospe, E., & Rodríguez, C. (2024). Dealing with fibromyalgia in the family context: a qualitative description study. <i>Scandinavian journal of primary health care</i>, 42(2), 327–337. https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2322103</p> <p>(29) Rafferty, C., & Ward, J. (2024). Fibromyalgia is linked to increased subjective sensory sensitivity across multiple senses. <i>Perception</i>, 53(4), 276–286. https://doi.org/10.1177/03010066241234037</p> <p>(29) Costa, L. P., & Ferreira, M. A. (2024). Knowledge and strategies for coping with fibromyalgia. <i>Revista gaucha de enfermagem</i>, 45, e20230213. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230213.en</p> <p>(29) Erdrich, S., & Harnett, J. E. (2025). Fibromyalgia severity</p>
--	--

and symptoms are associated with the disorders of gut-brain interaction. *European journal of pain (London, England)*, 29(1), 10.1002/ejp.4766. <https://doi.org/10.1002/ejp.4766>

(29) García-Domínguez M. (2025). A Comprehensive Analysis of Fibromyalgia and the Role of the Endogenous Opioid System. *Biomedicines*, 13(1), 165. <https://doi.org/10.3390/biomedicines13010165>

(29) Agarwal, A., Emary, P. C., Gallo, L., Oparin, Y., Shin, S. H., Fitzcharles, M. A., Adachi, J. D., Cooper, M. D., Craigie, S., Rai, A., Wang, L., Couban, R. J., & Busse, J. W. (2024). Physicians' knowledge, attitudes, and practices regarding fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies. *Medicine*, 103(31), e39109. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000039109>

(29) Demori, I., Losacco, S., Giordano, G., Mucci, V., Blanchini, F., & Burlando, B. (2024). Fibromyalgia pathogenesis explained by a neuroendocrine multistable model. *PloS one*, 19(7), e0303573. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303573>

(29) Marshall, A., Elshafei, M., Preston, F. G., Burgess, J., Goodson, N., Fallon, N., Frank, B., Zhao, S. S., & Alam, U. (2025). Small Fibre Pathology in Fibromyalgia: A review. *Pain and therapy*, 14(2), 461–478. <https://doi.org/10.1007/s40122-024-00696-1>

(29) Carrasco-Vega, E., Guiducci, S., Nacci, F., Bellando Randone, S., Bevilacqua, C., Gonzalez-Sanchez, M., & Barni, L. (2024). Efficacy of physiotherapy treatment in medium and

	<p>long term in adults with fibromyalgia: an umbrella of systematic reviews. <i>Clinical and experimental rheumatology</i>, 42(6), 1248–1261. https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/ctfuge</p> <p>(29) Bazzichi, L., Giorgi, V., Di Franco, M., Iannuccelli, C., Bongiovanni, S., Batticciotto, A., Pellegrino, G., & Sarzi Puttini, P. (2024). Environmental factors and fibromyalgia syndrome: a narrative review. <i>Clinical and experimental rheumatology</i>, 42(6), 1240–1247. https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/4e091z</p> <p>(29) Sedda, S., Cadoni, M. P. L., Medici, S., Aiello, E., Erre, G. L., Nivoli, A. M., Carru, C., & Coradduzza, D. (2025). Fibromyalgia, Depression, and Autoimmune Disorders: An Interconnected Web of Inflammation. <i>Biomedicines</i>, 13(2), 503. https://doi.org/10.3390/biomedicines13020503</p> <p>(29) Filipovic, T., Filipović, A., Nikolic, D., Gimigliano, F., Stevanov, J., Hrkovic, M., & Bosanac, I. (2025). Fibromyalgia: Understanding, Diagnosis and Modern Approaches to Treatment. <i>Journal of clinical medicine</i>, 14(3), 955. https://doi.org/10.3390/jcm14030955</p> <p>(29) Paroli, M., Gioia, C., Accapezzato, D., & Caccavale, R. (2024). Inflammation, Autoimmunity, and Infection in Fibromyalgia: A Narrative Review. <i>International journal of molecular sciences</i>, 25(11), 5922. https://doi.org/10.3390/ijms25115922</p> <p>(29) García-Domínguez M. (2025). Fibromyalgia and Inflammation: Unrevealing the Connection. <i>Cells</i>, 14(4), 271. https://doi.org/10.3390/cells14040271</p>
--	---

	<p>(29) Jurado-Priego, L. N., Cueto-Ureña, C., Ramírez-Expósito, M. J., & Martínez-Martos, J. M. (2024). Fibromyalgia: A Review of the Pathophysiological Mechanisms and Multidisciplinary Treatment Strategies. <i>Biomedicines</i>, 12(7), 1543. https://doi.org/10.3390/biomedicines12071543</p> <p>(29) Jones, E. A., Asaad, F., Patel, N., Jain, E., & Abd-Elsayed, A. (2024). Management of Fibromyalgia: An Update. <i>Biomedicines</i>, 12(6), 1266. https://doi.org/10.3390/biomedicines12061266</p> <p>(29) Di Carlo, M., Bianchi, B., Salaffi, F., Pellegrino, G., Iannuccelli, C., Giorgi, V., & Sarzi-Puttini, P. (2024). Fibromyalgia: one year in review 2024. <i>Clinical and experimental rheumatology</i>, 42(6), 1141–1149. https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/mbyi1n</p> <p>(29) Bhargava, J., & Goldin, J. (2025). Fibromyalgia. In <i>StatPearls</i>. StatPearls Publishing.</p> <p>(102) DeBoth Foust, K., Wendland, M., Schaefer, J., Giuffre, S., & Allensworth-Davies, D. (2024). Qualitative Evaluation of Interprofessional Education Experiential Learning (IPEEL) for Health Professional Students. <i>Journal of Occupational Therapy Education</i>, 8 (1). ERIC Number: EJ1437920. https://doi.org/10.26681/jote.2024.080101</p>
REVISIÓN DE LA LITERATURA	<p>(1) Tamayo, M., Besoáin-Saldaña, A., Aguirre, M., & Leiva, J. (2017). Teamwork: relevance and interdependence of interprofessional education. <i>Revista de saude publica</i>, 51(0), 39. https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006816</p>

	<p>(2) Freitas, R. P. A., Andrade, S. C., Spyrides, M. H. C., Micussi, M. T. A. B. C., & Sousa, M. B. C. (2017). Impacts of social support on symptoms in Brazilian women with fibromyalgia. <i>Revista brasileira de reumatologia</i>, 57(3), 197–203. https://doi.org/10.1016/j.rbre.2016.07.001</p> <p>(3) Dadich, A., & Best, S. (2024). The mobilisation of professional identity: A scoping and lexical review. <i>PloS one</i>, 19(4), e0298423. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298423</p> <p>(3) Sovaila, S., Purcarea, A., & Neculau, A. (2023). Chronic pain, a narrative review for the internist in 2024. <i>Romanian journal of internal medicine = Revue roumaine de medecine interne</i>, 62(2), 124–137. https://doi.org/10.2478/rjim-2023-0035</p> <p>(6) Soto-Estrada, G., García-Minjares, M., Martínez-Franco, A. I., Gutiérrez-Cirlos, C., & Martínez-González, A. (2024). Health sciences graduates: perception of their professional training and job placement. Egresados de ciencias de la salud: percepción de su formación profesional y su inserción laboral. <i>Gaceta medica de Mexico</i>, 160(2), 186–195. https://doi.org/10.24875/GMM.M24000876</p> <p>(6) Cacchiarelli San Román, N., Eymann, A., Roni, C., & De Cunto, C. L. (2020). Aproximación al currículum oculto a través de la medicina narrativa en la formación de estudiantes de Medicina [Approach to the hidden curriculum through narrative medicine in the training of medical students]. <i>Archivos argentinos de pediatría</i>, 118(4), 290–294. https://doi.org/10.5546/aap.2020.290</p>
--	--

(7) Gastelurrutia M. A. (2025). Construcción de una Identidad Profesional consistente como palanca para el cambio [Strong Professional identity construction as a change lever]. *Farmaceuticos comunitarios*, 17(1), 34–39. [https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.\(2025\).06](https://doi.org/10.33620/FC.2173-9218.(2025).06)

(8) Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Key tips for teaching in the clinical setting. *BMC medical education*, 20(Suppl 2), 463. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02283-2>

(28) McGivern, E., Mandrusiak, A., Rahmann, A., & Forbes, R. (2025). "This patient is not appropriate": Perspectives of physiotherapy students and clinical educators on exposing students to patients with complex needs during clinical practice placements. *Physiotherapy theory and practice*, 41(3), 617–632. <https://doi.org/10.1080/09593985.2024.2355243>

(28) Aguilar-Rodríguez, M., Kulju, K., Hernández-Guillén, D., Mármol-López, M. I., Querol-Giner, F., & Marques-Sule, E. (2021). Physiotherapy Students' Experiences about Ethical Situations Encountered in Clinical Practices. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8489. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168489>

(28) Waiserberg, N., Katz Leurer, M., & Feder-Bubis, P. (2024). "I feel like this is an area where one can feel a lot of satisfaction": Physiotherapy students' preferences for their prospective area of practice. *Physiotherapy theory and practice*, 40(7), 1492–1500. <https://doi.org/10.1080/09593985.2023.2171270>

(28) Peiris, C. L., Reubenson, A., Dunwoodie, R., Lawton, V., Francis-Cracknell, A., & Wells, C. (2022). Clinical placements in private practice for physiotherapy students are perceived as safe and beneficial for students, private practices and universities: a national mixed-methods study. *Journal of physiotherapy*, 68(1), 61–68.

<https://doi.org/10.1016/j.jphys.2021.12.007>

(28) Norris, M., & Wainwright, E. (2022). Learning professional touch: an exploration of pre-registration Physiotherapy students' experiences. *Physiotherapy theory and practice*, 38(1), 90–100. <https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1725944>

(28) Black, C., Mallows, A., Waterworth, S., Freeman, P., Hope, E., & Liew, B. X. W. (2023). A cross-sectional investigation of back pain beliefs and fear in physiotherapy and sport undergraduate students. *PloS one*, 18(4), e0284754.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284754>

(28) Keles, M. N., Yesiloglu, A., & Inal Ozun, O. (2025). The role of demographic and psychosocial factors in academic achievement: insights from a cross-sectional study on physiotherapy and rehabilitation students. *BMC medical education*, 25(1), 361. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-06958-6>

<https://doi.org/10.1186/s12909-025-06958-6>

(28) Solvang, P. K., & Fougner, M. (2023). Learning from clinical placement experience: how do undergraduate physiotherapy students approach person-centered practice?. *Physiotherapy theory and practice*, 39(12), 2609–

2624. <https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2089609>

(28) Kurunsaari, M., Tynjälä, P., & Piirainen, A. (2022). Stories of professional development in physiotherapy education. *Physiotherapy theory and practice*, 38(11), 1742–1755. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1888341>

(28) Pate, J. W., Ilhan, E., Rush, G. Q., Kennedy, D. S., Verhagen, A., Pacey, V., & Stubbs, P. W. (2023). Assessing the Reconceptualization of Pain in Graduate-Entry Physiotherapy Students Using the Concept of Pain Inventory for Adults: The University of Technology Sydney Physiotherapy Student Surveys Project. *Journal, physical therapy education*, 37(4), 302–307. <https://doi.org/10.1097/JTE.0000000000000309>

(28) Valenzuela-Pascual, F., Pàmies-Fabra, J., García-Martínez, E., Martínez-Navarro, O., Climent-Sanz, C., Gea-Sánchez, M., Virgili-Gomà, J., Rubí-Carnacea, F., Garcia-Escudero, M., & Blanco-Blanco, J. (2022). Use of a gamified website to increase pain neurophysiology knowledge and improve satisfaction and motivation among students studying for a degree in physiotherapy: a quasi-experimental study. *BMC medical education*, 22(1), 389. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03457-w>

(28) Ho, J. M., Wong, A. Y., Schoeb, V., Chan, A. S., Tang, P. M., & Wong, F. K. (2022). Interprofessional Team-Based Learning: A Qualitative Study on the Experiences of Nursing and Physiotherapy Students. *Frontiers in public health*, 9, 706346. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.706346>

(28) Nygren-Bonnier, M., Högstedt, K., Laurell, A., & Boström, C. (2023). First and final year physiotherapy students' expectations of their future profession. *Physiotherapy theory and practice*, 39(11), 2366–2376. <https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2075295>

(28) Mukoka-Bwezani, G., Tarimo, N., Chisati, E. M., & Thomson, E. (2023). Perceptions of Physiotherapy students about their teaching environment at Kamuzu University of Health Sciences in Malawi. *Malawi medical journal : the journal of Medical Association of Malawi*, 35(2), 117–123. <https://doi.org/10.4314/mmj.v35i2.8>

(28) Boshnjaku, A., Arnadottir, S. A., Pallot, A., Wagener, M., & Äijö, M. (2023). Improving the Evidence-Based Practice Skills of Entry-Level Physiotherapy Students through Educational Interventions: A Scoping Review of Literature. *International journal of environmental research and public health*, 20(16), 6605. <https://doi.org/10.3390/ijerph20166605>

(28) Abrandt Dahlgren, M., Valeskog, K., Johansson, K., & Edelbring, S. (2022). Understanding clinical reasoning: A phenomenographic study with entry-level physiotherapy students. *Physiotherapy theory and practice*, 38(13), 2817–2826. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1976332>

(28) Paynter, S., Iles, R., Hodgson, W. C., & Hay, M. (2023). Do personal and behavioural characteristics of physiotherapy students predict performance during training and course completion?. *BMC medical education*, 23(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04070-1>

	<p>(28) Ramklass, S. S., & Vithal, R. (2022). Student-faculty interactions within a physiotherapy curriculum in South Africa. <i>Advances in health sciences education : theory and practice</i>, 27(1), 49–61. https://doi.org/10.1007/s10459-021-10070-x</p> <p>(30) Yuan, J., Zeng, X., Cheng, Y., Lan, H., Cao, K., & Xiao, S. (2023). Narrative medicine in clinical internship teaching practice. <i>Medical education online</i>, 28(1), 2258000. https://doi.org/10.1080/10872981.2023.2258000</p> <p>(30) Anamika F. (2023). Internship: A time to prioritise. <i>Indian journal of medical ethics</i>, VIII(2), 146–147. https://doi.org/10.20529/IJME.2022.071</p> <p>(30) Song, J., Wei, G., Cheng, H., Yan, Y., & Yang, S. (2025). Establishing a set of qualities for clinical teaching faculty in undergraduate medical internship. <i>BMC medical education</i>, 25(1), 298. https://doi.org/10.1186/s12909-025-06868-7</p> <p>(30) Xiong, W., & Zhu, A. (2023). Experiencia psicológica entre enfermeras en prácticas en diferentes etapas de la pasantía: un estudio cualitativo. <i>Enfermería abierta</i>, 10(1), 328–336. https://doi.org/10.1002/nop2.1307</p> <p>(30) Nadaud-Moreau, K., & Jankowicz, N. (2020). L'encadrement en stage, un apprentissage pour tous [Supervision during the internship, a learning process for everyone]. <i>Soins; la revue de reference infirmiere</i>, 65(846), 29–31. https://doi.org/10.1016/S0038-0814(20)30113-4</p>
--	---

(30) Lee, H. J., & Ahn, M. (2021). Consensual qualitative research on the internship experience and development of career identity of Korean doctors. *BMC medical education*, 21(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02451-4>

(30) Isaacs, A. N., & Spencer, B. A. (2022). Factors affecting learning during internship: A qualitative study of junior doctors. *Australian journal of general practice*, 51(1-2), 83–89. <https://doi.org/10.31128/AJGP-02-21-5821>

(30) Neutze, D., Hodge, B., Steinbacher, E., Carter, C., Donahue, K. E., & Carek, P. J. (2021). The Practice Is the Curriculum. *Family medicine*, 53(7), 567–573. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2021.154874>

(30) Carlsson, Y., Nilsson, A., Bergman, S., & Liljedahl, M. (2022). Junior doctors' experiences of the medical internship: a qualitative study. *International journal of medical education*, 13, 66–73. <https://doi.org/10.5116/ijme.6229.d795>

(30) Zhao, L., Su, Y., Jiang, N., Zhou, F., Liao, L., & Liu, Y. (2022). Changes in professional commitment of undergraduate nurse students before and after internship: a longitudinal study. *BMC medical education*, 22(1), 282. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03364-0>

(31) Kaihlanen, A. M., Gluschkoff, K., Koskinen, S., Salminen, L., Strandell-Laine, C., Fuster Linares, P., Sveinsdóttir, H., Fatkulina, N., Ní Chianáin, L., Stubner, J., Leino-Kilpi, H., & ProCompNurse Consortium (2021). Final clinical practicum

shapes the transition experience and occupational commitment of newly graduated nurses in Europe-A longitudinal study. *Journal of advanced nursing*, 77(12), 4782–4792. <https://doi.org/10.1111/jan.15060>

(31) Tsai, L. H., See, L. C., Fan, J. Y., Tsai, C. C., Chen, C. M., & Peng, W. S. (2024). Trajectory of change in perceived stress, coping strategies and clinical competence among undergraduate nursing students during clinical practicum: a longitudinal cohort study. *BMC medical education*, 24(1), 349. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05332-2>

(31) Awiagah, S. K., Dordunu, R., Hukporti, N., Nukunu, P. E., & Dzando, G. (2024). Barriers and Facilitators to Clinical Supervision in Ghana: A Scoping Review. *SAGE open nursing*, 10, 23779608241255263. <https://doi.org/10.1177/23779608241255263>

(31) Cant, R., Ryan, C., Hughes, L., Luders, E., & Cooper, S. (2021). What Helps, What Hinders? Undergraduate Nursing Students' Perceptions of Clinical Placements Based on a Thematic Synthesis of Literature. *SAGE open nursing*, 7, 23779608211035845. <https://doi.org/10.1177/23779608211035845>

(31) Cruz Araújo, A. A., de Godoy, S., Arena Ventura, C. A., Rodolfo Silva, Í., Santos de Almeida, E. W., & Costa Mendes, I. A. (2022). Reflections on nursing students fear and anxiety arising from clinical practicums. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 40(3), e13. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n3e13>

(31) Hong, S., Lee, J., Jang, Y., & Lee, Y. (2021). A Cross-Sectional Study: What Contributes to Nursing Students' Clinical Reasoning Competence?. *International journal of environmental research and public health*, 18(13), 6833. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136833>

(31) Dias, J. M., Subu, M. A., Al-Yateem, N., Ahmed, F. R., Rahman, S. A., Abraham, M. S., Forootan, S. M., Sarkhosh, F. A., & Javanbakh, F. (2024). Nursing students' stressors and coping strategies during their first clinical training: a qualitative study in the United Arab Emirates. *BMC nursing*, 23(1), 322. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01962-5>

(31) Mathisen, C., Bjørk, I. T., Heyn, L. G., Jacobsen, T. I., & Hansen, E. H. (2023). Practice education facilitators perceptions and experiences of their role in the clinical learning environment for nursing students: a qualitative study. *BMC nursing*, 22(1), 165. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01328-3>

(31) Guejdad, K., Lahlou, L., Ikrou, A., Abouqal, R., & Belayachi, J. (2025). Factors associated with nursing and midwifery students' satisfaction with the clinical learning environment: a cross-sectional study in Morocco. *BMC nursing*, 24(1), 304. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02969-2>

(34) Visier-Alfonso, M. E., Sarabia-Cobo, C., Cobo-Cuenca, A. I., Nieto-López, M., López-Honrubia, R., Bartolomé-Gutiérrez, R., Alconero-Camarero, A. R., & González-López, J. R. (2024).

Stress, mental health, and protective factors in nursing students: An observational study. *Nurse education today*, 139, 106258. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106258>

(34) Dewi, S. P., Wilson, A., Duvivier, R., Kelly, B., & Gilligan, C. (2024). Do the teaching, practice and assessment of clinical communication skills align?. *BMC medical education*, 24(1), 609. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05596-8>

(35) Luo, J., Liu, X. B., Yao, Q., Qu, Y., Yang, J., Lin, K., Pan, S. R., Wang, T. Y., Dai, Y., Chen, H. Y., Chen, J. M., & Yang, Z. (2024). The relationship between social support and professional identity of health professional students from a two-way social support theory perspective: chain mediating effects of achievement motivation and meaning in life. *BMC medical education*, 24(1), 473. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05391-5>

(36) Carrillo, I., Skoumalová, I., Bruus, I., Klemm, V., Guerra-Paiva, S., Knežević, B., Jankauskiene, A., Jovic, D., Tella, S., Buttigieg, S. C., Srulovici, E., Madarasová Gecková, A., Pölluste, K., Strametz, R., Sousa, P., Odalovic, M., & Mira, J. J. (2024). Psychological Safety Competency Training During the Clinical Internship From the Perspective of Health Care Trainee Mentors in 11 Pan-European Countries: Mixed Methods Observational Study. *JMIR medical education*, 10, e64125. <https://doi.org/10.2196/64125>

(38) Fryer, C., Sturm, A., Roth, R., & Edwards, I. (2021). Scarcity of resources and inequity in access are frequently reported ethical issues for physiotherapists internationally: an

observational study. *BMC medical ethics*, 22(1), 97.
<https://doi.org/10.1186/s12910-021-00663-x>

(39) Skolka, M., Hennrikus, W. L., Khalid, M., & Hennrikus, E. F. (2020). Attitude adjustments after global health inter-professional student team experiences. *Medicine*, 99(16), e19633. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019633>

(39) Burrows, S., Halperin, L., Nemeč, E., & Romney, W. (2022). Initial steps for integrating academic electronic health records into clinical curricula of physical and occupational therapy in the United States: a survey-based observational study. *Journal of educational evaluation for health professions*, 19, 24. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2022.19.24>

(41) Murphy, C., French, H., McCarthy, G., & Cunningham, C. (2024). 'Look up from the waiting list and see the bigger picture': a qualitative analysis of clinical specialist physiotherapist perspectives on low back pain care in Ireland. *Physiotherapy*, 123, 133–141.
<https://doi.org/10.1016/j.physio.2024.02.002>

(42) Lefèvre, H., Loisel, A., Meunier, B. B., Deslandre, C., Lemoine, N., Moro, M. R., Quartier, P., & Lachal, J. (2019). Chronic idiopathic musculoskeletal pain in youth: a qualitative study. *Pediatric rheumatology online journal*, 17(1), 86.
<https://doi.org/10.1186/s12969-019-0389-3>

(43) Arreciado Marañón, A., & Isla Pera, M. P. (2017). Contradictory views of nursing care among students at the end of their nursing education. *Journal of advanced nursing*, 73(2),

410–420. <https://doi.org/10.1111/jan.13114>

(44) Liu, C. H., Tang, W. R., Weng, W. H., Lin, Y. H., & Chen, C. Y. (2016). The process of coping with stress by Taiwanese medical interns: a qualitative study. *BMC medical education*, 16, 10. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0534-3>

(44) Arietaleanizbeaskoa, M. S., Pablo, S., Sancho, A., Martin, X., Moreno, C., & Grandes, G. (2022). Barreras y facilitadores del programa de ejercicio EfiKroniK para pacientes con enfermedad crónica en atención primaria [Barriers and facilitators of the EfiKroniK exercise program for people with chronic diseases in Primary Care]. *Atencion primaria*, 54(10), 102456. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102456>

(45) Romero-Martín, M., Safont-Montes, J. C., Robles-Romero, J. M., Jiménez-Picón, N., da Costa, E. I. M. T., & Gómez-Salgado, J. (2022). Caring behaviours demonstrated to nursing students in the interpersonal relation with the faculty: A cross sectional study. *Nurse education today*, 119, 105612. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105612>

(47) Cui, F., Jin, Y., Wang, R., Zhang, J., Jin, C., Xu, F., Yang, S., Yao, M., Han, S., & He, H. (2025). Exploring nursing students' reality shock and professional behavioral development in clinical practice: a hermeneutic phenomenological study. *Frontiers in medicine*, 12, 1490975. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1490975>

(47) Yuan, Y., Tang, H., Ni, F., Xu, X., & Peng, Y. (2025). Mediating role of professional identity between clinical learning

environment and patient safety attitudes and professionalism in nursing interns. *Nurse education today*, 147, 106598. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106598>

(47) Laitinen-Väänänen, S., Talvitie, U., & Luukka, M. R. (2007). Clinical supervision as an interaction between the clinical educator and the student. *Physiotherapy theory and practice*, 23(2), 95–103. <https://doi.org/10.1080/09593980701212018>

(50) Angst, F., Brioschi, R., Main, C. J., Lehmann, S., & Aeschlimann, A. (2006). Interdisciplinary rehabilitation in fibromyalgia and chronic back pain: a prospective outcome study. *The journal of pain*, 7(11), 807–815. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.03.009>

(51) Cho, H., Jeong, H., Yu, J., Lee, J., & Jung, H. J. (2024). Becoming a doctor: using social constructivism and situated learning to understand the clinical clerkship experiences of undergraduate medical students. *BMC medical education*, 24(1), 236. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05113-x>

(52) AlAzri, Z., Al Yahyaei, A., Obeidat, A. A., & Hayudini, J. (2023). Clinical experience of omani undergraduate nursing students: Qualitative study. *Heliyon*, 9(10), e20332. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e20332>

(52) Chan, P. K., Wang, Y. C., Huang, S. C., & Chang, Y. W. (2024). Learning through connections: clinical participation and interpersonal relationships in longitudinal integrated clerkships and traditional block rotations in Taiwan. *BMC medical*

	<p><i>education</i>, 24(1), 132. https://doi.org/10.1186/s12909-024-05120-y</p> <p>(52) Sellberg, M., Palmgren, P. J., & Möller, R. (2021). -A cross-sectional study of clinical learning environments across four undergraduate programs using the undergraduate clinical education environment measure. <i>BMC medical education</i>, 21(1), 258. https://doi.org/10.1186/s12909-021-02687-8</p> <p>(52) Fadana, F. P., & Vember, H. F. (2021). Experiences of undergraduate nursing students during clinical practice at health facilities in Western Cape, South Africa. <i>Curationis</i>, 44(1), e1–e10. https://doi.org/10.4102/curationis.v44i1.2127</p> <p>(52) Prestes Vargas, J., Smith, M., Chipchase, L., & Morris, M. E. (2025). Impact of interprofessional student led health clinics for patients, students and educators: a scoping review. <i>Advances in health sciences education : theory and practice</i>, 30(1), 321–345. https://doi.org/10.1007/s10459-024-10342-2</p> <p>(52) Benamer, H. T., Alsuwaidi, L., Khan, N., Jackson, L., Lakshmanan, J., Ho, S. B., Kellett, C., Alsheikh-Ali, A., & Stanley, A. G. (2023). Clinical learning environments across two different healthcare settings using the undergraduate clinical education environment measure. <i>BMC medical education</i>, 23(1), 495. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04467-y</p>
--	--

(53) Gans, E. A., de Ruijter, U. W., van der Heide, A., van der Meijden, S. A., van den Bos, F., van Munster, B. C., & de Groot, J. F. (2024). A Grounded Theory of Interdisciplinary Communication and Collaboration in the Outpatient Setting of the Hospital for Patients with Multiple Long-Term Conditions. *Journal of personalized medicine*, 14(5), 533. <https://doi.org/10.3390/jpm14050533>

(53) Lee, H. J., Kim, D. H., & Kang, Y. J. (2024). Understanding medical students' transition to and development in clerkship education: a qualitative study using grounded theory. *BMC medical education*, 24(1), 910. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05778-4>

(54) Kururi, N., Tozato, F., Lee, B., Kazama, H., Katsuyama, S., Takahashi, M., Abe, Y., Matsui, H., Tokita, Y., Saitoh, T., Kanaizumi, S., Makino, T., Shinozaki, H., Yamaji, T., & Watanabe, H. (2016). Professional identity acquisition process model in interprofessional education using structural equation modelling: 10-year initiative survey. *Journal of interprofessional care*, 30(2), 175–183. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1092117>

(55) Osborn-Jenkins, L., Day, E., Payne, H., White, R., & Roberts, L. (2024). Advice-giving skills in pre-registration physiotherapy training. *Physiotherapy theory and practice*, 40(10), 2355–2369. <https://doi.org/10.1080/09593985.2023.2247485>

(56) Prydz, K., Dieckmann, P., Fagertun, H., Musson, D., & Wisborg, T. (2024). Non-technical skills of Norwegian medical

students at different training sites: a comparative, observational cohort study. *BMC medical education*, 24(1), 616. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05597-7>

(56) García-Salido, C., Capell, M. M., García Gutiérrez, D., & Ramírez-Baraldes, E. (2024). Perception of Knowledge Transfer from Clinical Simulations to the Care Practice in Nursing Students. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 42(2), e11. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v42n2e11>

(56) Mohamed, K. G., Almarabheh, A., Almughamsi, A. M., Atwa, H., & Shehata, M. H. (2024). Evaluation of the effect of a communication skills course on medical students' attitude towards patient-centered care: a prospective study. *PeerJ*, 12, e18676. <https://doi.org/10.7717/peerj.18676>

(58) Hernández-Xumet, J. E., García-Hernández, A. M., Fernández-González, J. P., & Marrero-González, C. M. (2024). Exploring levels of empathy and assertiveness in final year physiotherapy students during clinical placements. *Scientific reports*, 14(1), 13349. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-64148-8>

(60) Musolino G. M. (2006). Fostering reflective practice: self-assessment abilities of physical therapy students and entry-level graduates. *Journal of allied health*, 35(1), 30–42.

(60) Battistone, M. J., Barker, A. M., Grotzke, M. P., Beck, J. P., Berdan, J. T., Butler, J. M., Milne, C. K., Huhtala, T., & Cannon, G. W. (2016). Effectiveness of an Interprofessional and

	<p>Multidisciplinary Musculoskeletal Training Program. <i>Journal of graduate medical education</i>, 8(3), 398–404. https://doi.org/10.4300/JGME-D-15-00391.1</p> <p>(60) McQuillan, T., Wilcox-Fogel, N., Kraus, E., Ladd, A., & Fredericson, M. (2017). Integrating Musculoskeletal Education and Patient Care at Medical Student-Run Free Clinics. <i>PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation</i>, 9(11), 1117–1121. https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.03.008</p> <p>(60) Wojkowski, S., Norman, K. E., Stratford, P., & Mori, B. (2021). Physiotherapy Students' Performance in Clinical Education: An Analysis of 1 Year of Canadian Cross-Sectional Data. <i>Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada</i>, 73(4), 358–367. https://doi.org/10.3138/ptc-2020-0018</p> <p>(60) Mori, B., Daly, A., Norman, K. E., & Wojkowski, S. (2024). The Development of the Canadian Physiotherapy Assessment of Clinical Performance (ACP) 2.0 - Alignment with the 2017 Competency Profile. <i>Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada</i>, 76(1), 111–120. https://doi.org/10.3138/ptc-2021-0077</p> <p>(60) Mori, B., Batty, H. P., & Brooks, D. (2008). The feasibility of an electronic reflective practice exercise among physiotherapy students. <i>Medical teacher</i>, 30(8), e232–e238. https://doi.org/10.1080/01421590802258870</p> <p>(61) Furze, J. A., Tichenor, C. J., Fisher, B. E., Jensen, G. M., & Rapport, M. J. (2016). Physical Therapy Residency and Fellowship Education: Reflections on the Past, Present, and Future. <i>Physical therapy</i>, 96(7), 949–960.</p>
--	--

<https://doi.org/10.2522/ptj.20150473>

(61) Cunningham, S., Litwin, B., Fernandez-Fernandez, A., & Canbek, J. (2019). Influence of residency training on the clinical reasoning development of Kenyan physiotherapists. *The Journal of manual & manipulative therapy*, 27(4), 237–244. <https://doi.org/10.1080/10669817.2019.1597434>

(61) Furze, J. A., Greenfield, B. H., Barr, J. B., Geist, K., Gale, J., & Jensen, G. M. (2019). Clinical narratives in residency education: Exploration of the learning process. *Physiotherapy theory and practice*, 35(12), 1202–1217. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1472686>

(61) Peterson, J. A., Black, L., Christensen, N., Hartley, G. W., & Jensen, G. M. (2024). Outcomes of Residency Education: Insights Into the Professional Formation of the Physical Therapist Resident. *Journal, physical therapy education*, 38(3), 231–238. <https://doi.org/10.1097/JTE.0000000000000335>

(62) Sarkar, A., Heidelbaugh, J. J., Hallbauer, G., & Appelbaum, N. (2024). Imprecise Clinical Assessments and Inaccurate Grades: Family Medicine Clerkship Director Perspectives. *Family medicine*, 56(8), 471–475. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2024.819598>

(62) Lertsakulbunlue, S., Kiatsrithanakorn, C., Kittisarapong, P., Thammasoon, K., Puengpreeda, S., Bhuriveth, V., Tangdumrongvong, V., Kantiwong, A., & Mahagita, C. (2024). Declining empathy trends throughout medical curriculum and association factors of low empathy among medical students

and residents: a single center study. *BMC medical education*, 24(1), 951. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05962-6>

(62) Garber, A. M., Vu, T. R., Orr, A., Adams, W., Anderson, I., Fitz, M., & Ferris, A. (2025). Internal Medicine Acting Internship Trends in Rotation Structure and Student Responsibilities: Results from a 2023 National Survey. *Journal of general internal medicine*, 40(1), 287–293. <https://doi.org/10.1007/s11606-024-08897-2>

(62) Chen, C. T., Huang, A. Y. Q., Hou, P. H., Lin, J. Y., Chen, H. H., Huang, S. S., & Yang, S. J. H. (2025). Exploring the significance of medical humanities in shaping internship performance: insights from curriculum categories. *Medical education online*, 30(1), 2444282. <https://doi.org/10.1080/10872981.2024.2444282>

(64) Lawton, V., Jones, T. M., & Dean, C. M. (2021). Students achieve comparable performance scores for clinical placements in public and private sectors: a longitudinal observational study. *Journal of physiotherapy*, 67(1), 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.12.001>

(64) Hu, J., Jones, A. Y. M., Zhou, X., Zhai, H., Ngai, S. P. C., Siu, K. C., & Dalton, M. (2020). Acceptance of the 'Assessment of Physiotherapy Practice (Chinese)' as a standardised evaluation of professional competency in Chinese physiotherapy students: an observational study. *BMC medical education*, 20(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02026-3>

(67) Bakouetila-Martin, M., Duke, B., Pantoja-Aming, A., Alfaro, S., Williams, S., Mbah, N., Marie Lucero-Schoenfeld, A., Ossai, U., & Hale, J. (2023). The Experiences of Black Students in Physical Therapy Education in Texas: A Qualitative Study. *Journal, physical therapy education*, 37(4), 278–283. <https://doi.org/10.1097/JTE.0000000000000301>

(67) Leysen, M., Nijs, J., Van Wilgen, P., Demoulin, C., Dankaerts, W., Danneels, L., Voogt, L., Köke, A., Pitance, L., & Roussel, N. (2021). Attitudes and beliefs on low back pain in physical therapy education: A cross-sectional study. *Brazilian journal of physical therapy*, 25(3), 319–328. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2020.08.002>

(67) Wright, A. A., Reynolds, D., & Donaldson, M. (2024). Evaluation and students' perception of a health equity education program in physical therapy: a mixed methods pilot study. *BMC medical education*, 24(1), 481. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05471-6>

(67) Romney, W., Salbach, N. M., Perry, S. B., & Deutsch, J. E. (2023). Evidence-based practice confidence and behavior throughout the curriculum of four physical therapy education programs: a longitudinal study. *BMC medical education*, 23(1), 839. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04821-0>

(67) Thompson, S. H., Garg, H., Shotwell, M., & Webb, M. (2024). Development and validation of a measurement tool to assess student perceptions of using real patients in physical therapy education at the Rocky Mountain University, the United

	<p>States: a methodological study. <i>Journal of educational evaluation for health professions</i>, 21, 30. https://doi.org/10.3352/jeehp.2024.21.30</p> <p>(67) Grbavac, V., Naletilić, M., & Šimić, J. (2024). Impact of short-term patient education intervention on the teaching skills of physical therapy students: a randomized controlled trial. <i>BMC medical education</i>, 24(1), 1348. https://doi.org/10.1186/s12909-024-06360-8</p> <p>(67) Sharma, H., McDonald, C. E., Vaughan, B., & Bower, K. J. (2025). Teaching clinical reasoning in gerontological physiotherapy: Experiences and perceptions of clinical supervisors. <i>Physiotherapy theory and practice</i>, 41(2), 351–361. https://doi.org/10.1080/09593985.2024.2334750</p> <p>(67) Lupton-Smith, A., Herman, N., & Schmutz, A. (2025). A qualitative exploration of feedback experience among final-year physiotherapy students using activity theory. <i>BMC medical education</i>, 25(1), 94. https://doi.org/10.1186/s12909-025-06635-8</p> <p>(67) Hochman, L., Silberman, N., Jung, M. K., & Greco, J. L. (2024). Clinical Site Visits: Perspectives of Clinical Instructors and Site Coordinators of Clinical Education. <i>Journal, physical therapy education</i>, 38(2), 150–160. https://doi.org/10.1097/JTE.0000000000000314</p> <p>(67) Dairo, Y. M., Hunter, K., & Ishaku, T. (2024). The impact of simulation-based learning on the knowledge, attitude and performance of physiotherapy students on practice</p>
--	--

	<p>placement. <i>BMC medical education</i>, 24(1), 786. https://doi.org/10.1186/s12909-024-05718-2</p> <p>(67) Stickley L. A. (2025). A Brief but Spectacular Take: Reflecting on Professionalism by Student Physical Therapists. <i>Journal, physical therapy education</i>, 39(1), 49–53. https://doi.org/10.1097/JTE.0000000000000363</p> <p>(67) Christensen, L., Hilde, G., & Eik, H. (2024). Becoming a physiotherapist - a qualitative study exploring students' perspectives on peer assisted learning in physiotherapy education. <i>Physiotherapy theory and practice</i>, 40(11), 2604–2616. https://doi.org/10.1080/09593985.2023.2284169</p> <p>(67) Dashottar, A., Haney, J., Rourke, M. O., & Tiwari, D. (2025). Clinical Instructor's Self-reported Modeling of Evidence-Based Practice During Student Clinical Experience. <i>Journal, physical therapy education</i>, 39(1), 64–70. https://doi.org/10.1097/JTE.0000000000000356</p> <p>(67) Becker, M., Shields, R. K., & Sass, K. J. (2024). Psychometric Analysis of an Integrated Clinical Education Tool for Physical Therapists. <i>Journal, physical therapy education</i>, 38(4), 277–284. https://doi.org/10.1097/JTE.0000000000000341</p> <p>(94) Experimental Learning Theory as a Means to Improve Communication during Clinical Experiences in Physical Therapy Education: A Qualitative Case Study. ERIC Number: ED658883. https://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88-</p>
--	---

[2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&res_dat=xri:pqm&rft_dat=xri:pqdiss:31334504](https://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&res_dat=xri:pqm&rft_dat=xri:pqdiss:31334504)

(94) Student Critical Thinking Ability and Clinical Reasoning Perceptions Prior to a Professional Physical Therapist Education. ERIC Number: ED660437.

[https://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88-](https://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&res_dat=xri:pqm&rft_dat=xri:pqdiss:31575728)

[2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&res_dat=xri:pqm&rft_dat=xri:pqdiss:31575728](https://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&res_dat=xri:pqm&rft_dat=xri:pqdiss:31575728)

(94) Recigno, T. E., Bell, A., & Ferraro, M. (2024). Exploration of Student Reflections using the Rehabilitation Treatment Specification System (RTSS) as an Intervention Planning Framework. *Journal of Occupational Therapy Education*, 8 (1). ERIC Number: EJ1437868.

<https://doi.org/10.26681/jote.2024.080118>

(94) Sibbald, K. R., & MacKenzie, D. E. (2024). Evaluating Change in Skill Performance Over Time and Practice Context in Introductory Fieldwork Simulation. *Journal of Occupational Therapy Education*, 8 (2). ERIC Number: EJ1438088. Retrieved from <https://encompass.eku.edu/jote/vol8/iss2/11>

(94) "You Just Want a Break from the Hatred of Failure": The Lived Experience of Being a Student Physiotherapist Perfectionist and Considerations for Educators. ERIC Number: EJ1428967. <http://dx.doi.org/10.1007/s10459-023-10287-y>

(94) Clinical Reasoning Development: Exploring the Role of Instructor Feedback during Health Professions Clinical Education Experiences. ERIC Number: ED657010.

https://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&res_dat=xri:pqm&rft_dat=xri:pqdiss:31143477

(94) Curriculum Mapping Evaluation of a Tyler Model Designed Physiotherapy Curriculum of the Baptist Institute of Health Science in Cameroon. ERIC Number: EJ1453653.

<http://dx.doi.org/10.1080/2331186X.2024.2329367>

(94) Burke-Doe, A., Johnson, K., Laslovich, S., Smith, K., Ivey, C., Edwards, A., Ingstad, C., Lowe, E., Mathews, J., Roberts, T., MacDermott, S., & Warren, J. (2024). Deconstructing curriculum and assessment of knowledge and attitudes regarding pain in pre-licensure occupational and physical therapy education. *Educational Research: Theory and Practice*, 35(1), 38–52. ERIC Number: EJ1417687. Recuperado de <https://eric.ed.gov/?id=EJ1417687>

(95) Blennerhassett, J., Kyriacou, E., Hill, C., Pranata, A., O'Brien, L., & Dunlop, D. (2024). Comparison of novel hybrid and traditional physiotherapy clinical placement models: A pilot study. *International Journal of Work-Integrated Learning*, 25(2), 305–319. ERIC Number: ED539248. Recuperado de <https://eric.ed.gov/?id=EJ1432606>

(95) Edgar, S., & Connaughton, J. (2014). Exploring the role and skill set of physiotherapy clinical educators in work-integrated learning. *Asia-Pacific Journal of Cooperative Education*, 15(1), 29–36. ERIC Number: EJ1113565. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1113565>

	<p>(115) Green, E., Seaman, C. E., & Smith, B. (2022). <i>Exploring localized learning during a short-term health student placement. International Journal of Work-Integrated Learning</i>, 23(4), 527–542. ERIC Number: EJ1373526. https://eric.ed.gov/?id=EJ1373526</p> <p>(130) Cantu, R., Gaines, A., Hall, J., Wortman, K., Young, Z., Hoffman, S. J., & Buck, T. (2024). <i>Physical therapy student learning perspectives in a volunteer interprofessional interuniversity service-learning opportunity: A case study report. Journal of Service-Learning in Higher Education</i>, 18, 60–80. ERIC Number: EJ1416521. https://eric.ed.gov/?id=EJ1416521</p>
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	<p>(13) Marzo-Castillejo, M., Vela-Vallespín, C., Mascort Roca, J., Guiriguet Capdevila, C., Codern-Bové, N., & Borrás, J. M. (2023). La visión de los profesionales sanitarios del proceso diagnóstico de las mujeres con cáncer de ovario en Catalunya: estudio cualitativo [Health professionals' perspective about women's experiences during the diagnostic process of ovarian cancer in Catalonia: Qualitative study]. <i>Atencion primaria</i>, 55(6), 102619. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102619</p> <p>(13) Díaz-Torné, C., Pou, M. A., Rodríguez-Díez, B., & Pujol-Ribera, E. (2023). Living with gout. Experiences, impact and challenges of the disease. Qualitative study through focus groups. <i>Reumatología clínica</i>, 19(3), 150–158. https://doi.org/10.1016/j.reumae.2022.03.002</p>

(13) Orozco-Solano, S., Silva-Castro, M. M., & Machuca, M. (2023). [Translated article] Medication experience and clinical interventions in patients receiving pharmaceutical care: A scoping review of pharmaceutical care practice. *Farmacia hospitalaria : organo oficial de expresion cientifica de la Sociedad Espanola de Farmacia Hospitalaria*, 47(5), T230–T242. <https://doi.org/10.1016/j.farma.2023.07.001>

(14) Moreno-Gabriel, E., Bielsa-Pascual, J., Verdaguer, M., Carmona-Cervelló, M., Lamonja Vicente, N., León Gómez, B. B., Violan, C., & Torán-Monserrat, P. (2025). Experiencias de las personas con sintomatología neuropsicológica de covid persistente en Cataluña: un estudio fenomenológico [Patients' experiences of long-covid neuropsychological symptoms in Catalonia: A phenomenological study]. *Atencion primaria*, 57(6), 103214. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103214>

(14) Ahmed Pihlgren, S., Johansson, L., Holmes, E. A., & Kanstrup, M. (2024). Exploring healthcare workers' experiences of a simple intervention to reduce their intrusive memories of psychological trauma: an interpretative phenomenological analysis. *European journal of psychotraumatology*, 15(1), 2328956. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2328956>

(15) Domínguez Mon A. (2017). Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género [Health care practices among people living with diabetes: an anthropological, ethnographical approach with a gender perspective]. *Salud colectiva*, 13(3), 375–390.

<https://doi.org/10.18294/sc.2017.1156>

(16) Girardon-Perlini, N. M. O., Simon, B. S., & Lacerda, M. R. (2020). Grounded Theory methodological aspects in Brazilian nursing thesis. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(6), e20190274. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0274>

(16) Metelski, F. K., Santos, J. L. G. D., Cechinel-Peiter, C., Fabrizzio, G. C., Schmitt, M. D., & Heilemann, M. (2021). Teoría Constructivista Fundamentada: características y aspectos operacionales para la investigación en enfermería. Teoria Fundamentada Construtivista: características e aspectos operacionais para a pesquisa em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 55, e03776. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020051103776>

(16) Santos, J. L. G. D., Cunha, K. S., Adamy, E. K., Backes, M. T. S., Leite, J. L., & Sousa, F. G. M. (2018). Data analysis: comparison between the different methodological perspectives of the Grounded Theory. Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 52, e03303. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017021803303>

(17) Costa, C., & Teixeira, Z. (2019). A experiência da dor em bailarinas clássicas: significados emergentes num estudo qualitativo [The experience of pain among classical dance ballerinas: meanings derived from a qualitative study]. *Ciencia & saude coletiva*, 24(5), 1657–1667. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04302019>

	<p>(17) Silva, A. C., & Ferreira, J. (2019). Musculação e cotidiano laboral: significados atribuídos às dores corporais em uma academia de ginástica do Rio de Janeiro [Resistance training and daily work routine: meanings attributed to body pain in the case of a fitness center in Rio de Janeiro]. <i>Ciencia & saude coletiva</i>, 24(10), 3969–3976. https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.26282017</p> <p>(41) Goselink, R. J., Eklund, A., Olsson, I., Hallböök, T., Malmgren, K., & Reilly, C. (2024). Transitioning from paediatric to adult care in epilepsy: A qualitative study of adolescent experiences. <i>Seizure</i>, 119, 92–97. https://doi.org/10.1016/j.seizure.2024.05.011</p> <p>(42) Cepnja, D., Chipchase, L., Liamputtong, P., & Gupta, A. (2022). "This is hard to cope with": the lived experience and coping strategies adopted amongst Australian women with pelvic girdle pain in pregnancy. <i>BMC pregnancy and childbirth</i>, 22(1), 96. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04426-3</p> <p>(53) Dahal, N., Neupane, B. P., Pant, B. P., Dhakal, R. K., Giri, D. R., Ghimire, P. R., & Bhandari, L. P. (2024). Participant selection procedures in qualitative research: experiences and some points for consideration. <i>Frontiers in research metrics and analytics</i>, 9, 1512747. https://doi.org/10.3389/frma.2024.1512747</p>
<p>DISCUSIÓN DE LOS</p>	<p>(2) Ángel García, D., Martínez Nicolás, I., & Saturno Hernández, P. J. (2016). "Clinical approach to fibromyalgia:</p>

RESULTADOS	<p>Synthesis of Evidence-based recommendations, a systematic review". <i>Reumatologia clinica</i>, 12(2), 65–71. https://doi.org/10.1016/j.reuma.2015.06.001</p> <p>(2) Ramírez-Gil, J., Folch Marín, B., Roth Damas, P., & Palop Larrea, V. (2025). Recomendaciones «No hacer» en el síndrome de fibromialgia [Recommendations «Do not do» in fibromyalgia syndrome]. <i>Atencion primaria</i>, 57(2), 103115. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103115</p> <p>(2) Roth Damas, P., Portillo Santamaría, M., Folch Marín, B., & Palop Larrea, V. (2018). Fibromialgia y empatía: un camino hacia el bienestar [Fibromyalgia and empathy: A path towards well-being]. <i>Atencion primaria</i>, 50(1), 69–70. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.016</p> <p>(2) Rivera Redondo, J., Díaz Del Campo Fontecha, P., Alegre de Miquel, C., Almirall Bernabé, M., Casanueva Fernández, B., Castillo Ojeda, C., Collado Cruz, A., Montesó-Curto, P., Palao Tarrero, Á., Trillo Calvo, E., Vallejo Pareja, M. Á., Brito García, N., Merino Argumánez, C., & Plana Farras, M. N. (2022). Recommendations by the Spanish Society of Rheumatology on the management of patients with fibromyalgia. Part II. <i>Reumatologia clinica</i>, 18(5), 260–265. https://doi.org/10.1016/j.reumae.2021.01.005</p> <p>(2) Rivera Redondo, J., Díaz Del Campo Fontecha, P., Alegre de Miquel, C., Almirall Bernabé, M., Casanueva Fernández, B., Castillo Ojeda, C., Collado Cruz, A., Montesó-Curto, P., Palao Tarrero, Á., Trillo Calvo, E., Vallejo Pareja, M. Á., Brito García, N., Merino Argumánez, C., & Plana Farras, M. N. (2022).</p>
------------	---

Recommendations by the Spanish Society of Rheumatology on Fibromyalgia. Part 1: Diagnosis and treatment. *Reumatologia clinica*, 18(3), 131–140.

<https://doi.org/10.1016/j.reumae.2021.02.002>

(2) Barrenengoa-Cuadra, M. J., Angón-Puras, L. Á., Moscosio-Cuevas, J. I., González-Lama, J., Fernández-Luco, M., & Gracia-Ballarín, R. (2021). Efecto de la educación en neurociencia del dolor en pacientes con fibromialgia: intervención grupal estructurada en atención primaria [Effectiveness of pain neuroscience education in patients with fibromyalgia: Structured group intervention in Primary Care]. *Atencion primaria*, 53(1), 19–26.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.007>

(2) Pérez-Velasco, M., & Peñacoba-Puente, C. (2015). Autoeficacia y automanejo de los hábitos saludables en fibromialgia [Self-efficacy and self management of healthy habits in fibromyalgia]. *Enfermeria clinica*, 25(3), 133–137.

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.02.001>

(2) Uclés-Juárez, R., Fernández-Carreño, D., Fernández-Miranda López, S., & Cangas Díaz, A. J. (2020). Conceptuación de la fibromialgia: ¿consenso o discrepancia entre profesionales clínicos de España? [Conceptuation on fibromyalgia: consensus or discrepancy among healthcare providers from Spain?]. *Revista española de salud pública*, 94, e202001006.

(2) Oliveira, J. P. R., Berardinelli, L. M. M., Cavaliere, M. L. A., Rosa, R. C. A., Costa, L. P. D., & Barbosa, J. S. O. (2019). The

routines of women with fibromyalgia and an interdisciplinary challenge to promote self-care. O cotidiano de mulheres com fibromialgia e o desafio interdisciplinar de empoderamento para o autocuidado. *Revista gaucha de enfermagem*, 40, e20180411. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180411>

(2) Torres Belmonte, S., & Benachi Sandoval, N. (2018). Impact of a socio-educational intervention to improve the quality of life of patients with fibromyalgia: A quasi-experimental design. Impacto de una intervención socioeducativa para mejorar la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: un diseño cuasiexperimental. *Enfermería clínica (English Edition)*, 28(3), 179–185. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.08.008>

(2) Lisboa, L. L., Sonehara, E., Oliveira, K. C., Andrade, S. C., & Azevedo, G. D. (2015). Efeito da cinesioterapia na qualidade de vida, função sexual e sintomas climatéricos em mulheres com fibromialgia [Kinesiotherapy effect on quality of life, sexual function and climacteric symptoms in women with fibromyalgia]. *Revista brasileira de reumatologia*, 55(3), 209–215. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.08.019>

(27) Hohenschurz-Schmidt, D., Thomson, O. P., Rossetini, G., Miciak, M., Newell, D., Roberts, L., Vase, L., & Draper-Rodi, J. (2022). Avoiding nocebo and other undesirable effects in chiropractic, osteopathy and physiotherapy: An invitation to reflect. *Musculoskeletal science & practice*, 62, 102677. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2022.102677>

(27) Coss, D., Chapman, D., & Fleming, J. (2021). Providing occupational and physical therapy services in a free

	<p>community-based interprofessional primary care clinic. <i>Journal of interprofessional care</i>, 35(sup1), 26–32. https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1981261</p> <p>(27) Palad, Y. Y., Armsby, P., & Qualter, A. (2023). Developing a Transformative Praxis-Based Curriculum to Educate Physical Therapy Students for Social Responsibility: A Philippine Qualitative Case Study. <i>Journal, physical therapy education</i>, 37(1), 17–23. https://doi.org/10.1097/JTE.0000000000000264</p> <p>(27) Lewis, M. S., Lesser, M., & Folkins, E. (2023). Assessing Effectiveness of Physical Therapy Clinical Education Site Visits: Clinical Instructor and Student Perspectives. <i>Journal, physical therapy education</i>, 37(3), 202–210. https://doi.org/10.1097/JTE.0000000000000288</p> <p>(27) Ferreira, É. M. R., Pinto, R. Z., Arantes, P. M. M., Vieira, É. L. M., Teixeira, A. L., Ferreira, F. R., & Vaz, D. V. (2020). Stress, anxiety, self-efficacy, and the meanings that physical therapy students attribute to their experience with an objective structured clinical examination. <i>BMC medical education</i>, 20(1), 296. https://doi.org/10.1186/s12909-020-02202-5</p> <p>(27) Wassinger C. A. (2021). Pain knowledge, attitudes and beliefs of doctor of physical therapy students: changes across the curriculum and the role of an elective pain science course. <i>The Journal of manual & manipulative therapy</i>, 29(5), 288–296. https://doi.org/10.1080/10669817.2021.1879509</p> <p>(27) Montilla-Herrador, J., Lozano-Meca, J. A., Baño-Alcaraz, A., Lillo-Navarro, C., Martín-San Agustín, R., & Gacto-Sánchez,</p>
--	---

	<p>M. (2022). Knowledge and Attitudes towards Patient Safety among Students in Physical Therapy in Spain: A Longitudinal Study. <i>International journal of environmental research and public health</i>, 19(18), 11618. https://doi.org/10.3390/ijerph191811618</p> <p>(27) Munneke, W., Demoulin, C., Roussel, N., Leysen, M., Van Wilgen, C. P., Pitance, L., Reezigt, R. R., Voogt, L. P., Dankaerts, W., Danneels, L., Köke, A. J. A., Cools, W., De Kooning, M., & Nijs, J. (2024). Comparing physical therapy students' attitudes and beliefs regarding chronic low back pain and knee osteoarthritis: an international multi-institutional comparison between 2013 and 2020 academic years. <i>Brazilian journal of physical therapy</i>, 28(1), 100592. https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2024.100592</p> <p>(27) Arnal-Gómez, A., Muñoz-Gómez, E., Espí-López, G. V., Juárez-Vela, R., Tolsada-Velasco, C., & Marques-Sule, E. (2022). Professional values and perception of knowledge regarding professional ethics in physical therapy students: A STROBE compliant cross-sectional study. <i>Medicine</i>, 101(35), e30181. https://doi.org/10.1097/MD.00000000000030181</p> <p>(27) Almurdi, M. M., Alrushud, A. S., Algabbani, M. F., Shaheen, A. A. M., Alsubiheen, A. M., Aati, S. M., Aldosari, R. A., Alsharif, R. A., Alrashed, F. A., & Shalabi, K. M. (2024). Burnout and resilience among physical therapy students: a cross-sectional study. <i>Medycyna pracy</i>, 75(4), 343–354. https://doi.org/10.13075/mp.5893.01499</p> <p>(27) Zechner, M., Anderson, E. Z., Murphy, A. A., Zazzarino, A.,</p>
--	--

	<p>& Karyczak, S. (2022). Physical therapy students' perceptions for working with persons with mental illness in the USA. <i>Journal of education and health promotion</i>, 11, 367. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1543_21</p> <p>(27) Willis B. W. (2023). Students' Perception of Servant Leadership by Physical Therapy Faculty Mentors Is Associated With Interprofessional Socialization. <i>Journal, physical therapy education</i>, 37(4), 314–324. https://doi.org/10.1097/JTE.000000000000307</p> <p>(27) Stickley, L., & Gibbs, D. (2020). Physical Therapy and Health Information Management Students: Perceptions of an Online Interprofessional Education Experience. <i>Perspectives in health information management</i>, 18(Winter), 1f.</p> <p>(44) Kawamura, A. A., Brown, L., Orsino, A., Zubairi, M. S., & Mylopoulos, M. (2023). Navigating Challenging Conversations: The Interplay Between Inquiry and Knowledge Drives Preparation for Future Learning. <i>Perspectives on medical education</i>, 12(1), 304–314. https://doi.org/10.5334/pme.949</p> <p>(51) Lukšaitė, E., Fricker, R. A., McKinley, R. K., & Dikomitis, L. (2022). Conceptualising and Teaching Biomedical Uncertainty to Medical Students: an Exploratory Qualitative Study. <i>Medical science educator</i>, 32(2), 371–378. https://doi.org/10.1007/s40670-021-01481-x</p>
--	--